

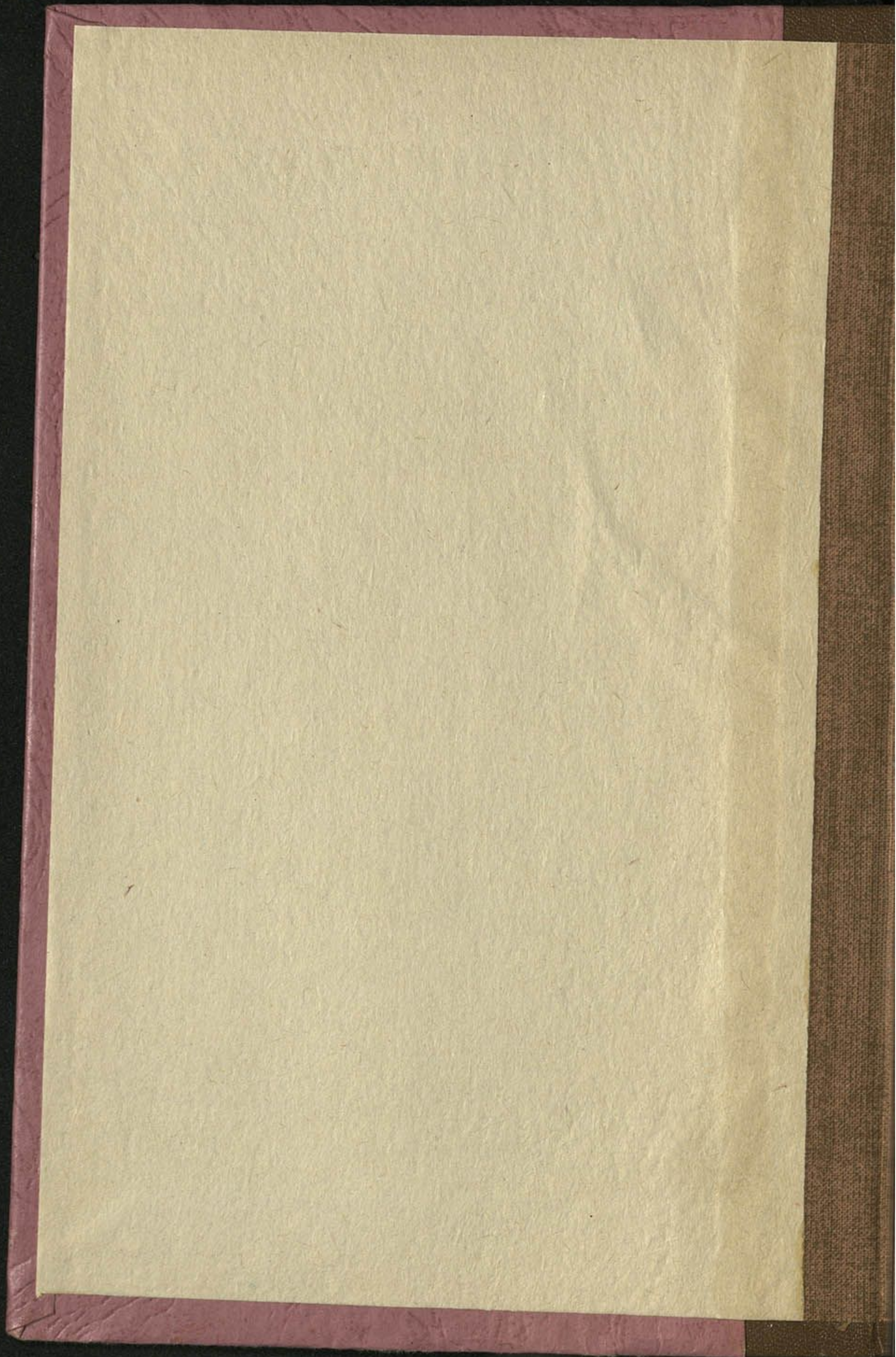
PAMĘTNIK

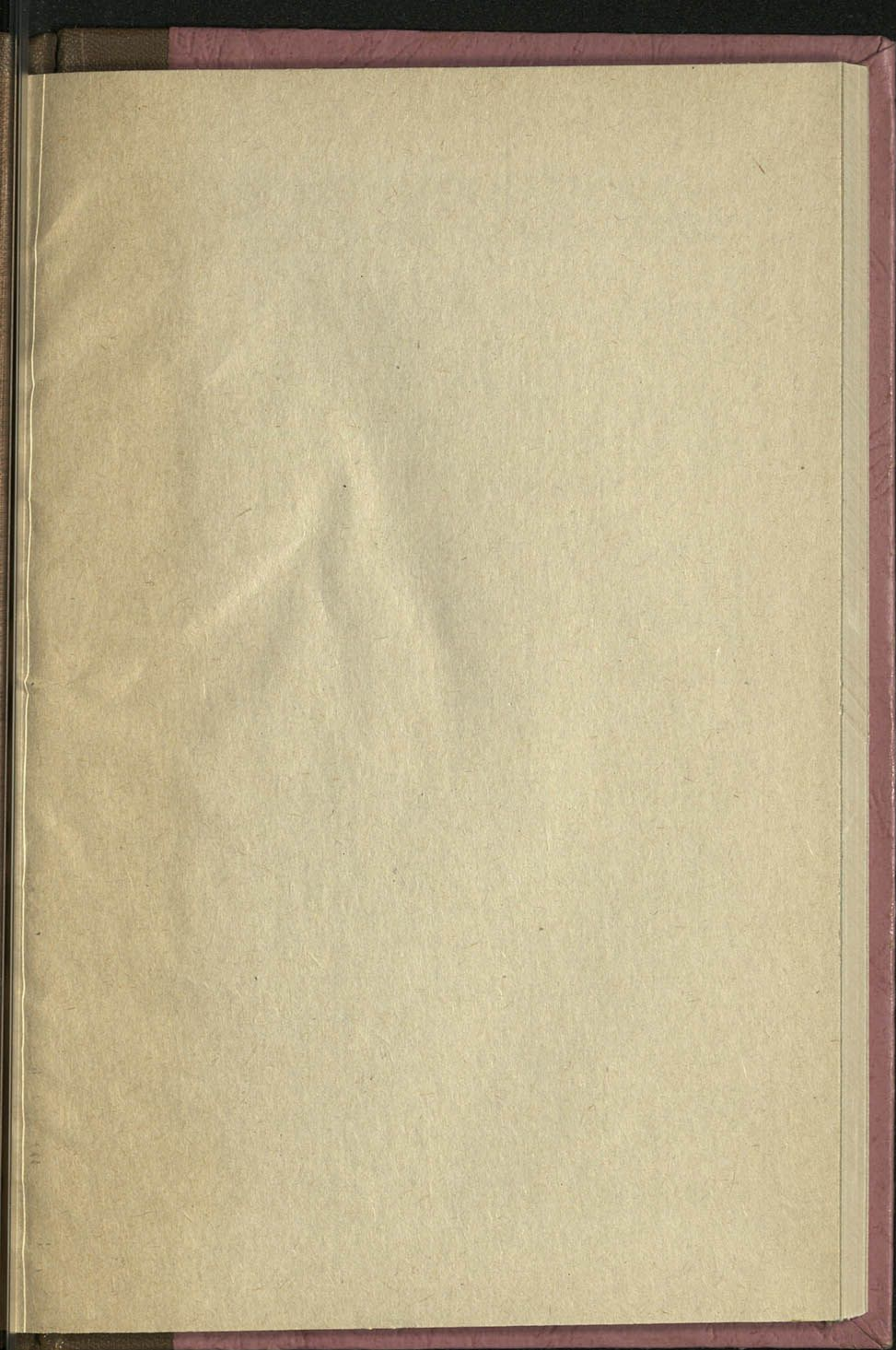
1926, zeszyt 1.

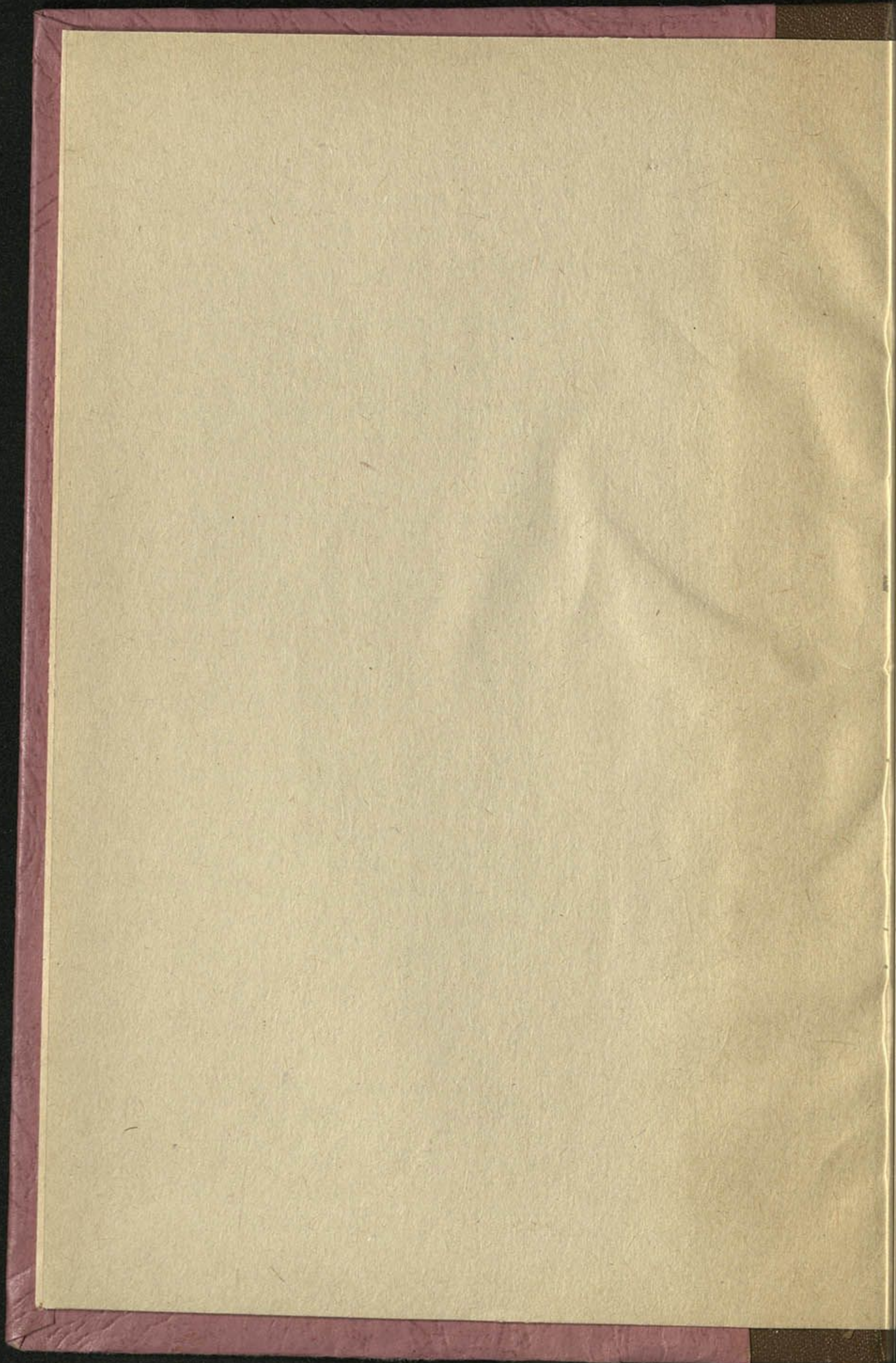
1911

2924

R.2







PAMIĘTNIK

Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

MIESIĘCZNIK

ROK II — 1926

ZESZYT I

STYCZEŃ — LUTY.

T R E Ś Ć.

Prof. K. Opoczyński. Mowa wygłoszona przy otwarciu uroczystego posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego.

Dr. L. Czarkowski. Jubileusz Wileńskiego T-wa Lekarskiego. Krótki rys dziejów.

Prof. S. Trzebiński. Myśl lekarska w Archiwum Wileńskiego T-wa Lekarskiego.

Dr. J. Tymiński i Dr. I. Abramowicz. Rhabdomyoma Orbitae.

Dr. W. Zaleski. Rak a uraz.

Dr. A. Wirszubski. Opieka nad umysłowo chorymi na Wileńszczyźnie podczas okupacji niemieckiej (1915—1919).

Dr. K. Kosiński. Szczypczyki własnego pomysłu dla niepalcowego wiązania szwów.

Dr. M. Mienicki. O zastosewaniu jontophorezy w dermatologii.

Protokoły posiedzeń Wileńskiego T-wa Lekarskiego.

Oceny i sprawozdania.

Wiadomości bieżące.

Ogłoszenia.

S O M M A I R E.

Prof. K. Opoczyński. Discours prononcé à l'ouverture de la séance solennelle de la Société Médicale de Wilno.

Dr. L. Czarkowski. Le jubilé de la Société Médicale de Wilno. Un aperçu général de l'histoire de la Société.

Prof. S. Trzebiński. La pensée médicale dans les archives de la Société Médicale de Wilno.

Dr. J. Tymiński et Dr. I. Abramowicz. Le rhabdomyome de l'orbite

Dr. W. Zaleski. Le cancer et le traumatisme.

Dr. A. Wirszubski. La tutelle sur les aliénés dans la province de Wilno pendant l'occupation allemande (1915—1919).

Dr. K. Kosiński. Les pinces à lier les sutures sans usage des doigts.

Dr. M. Mienicki. De l'application de l'iontophorèse en dermatologie.

Comptes rendus des séances de la Société Médicale de Wilno.

Critiques.

Chronique.

Annonces.

W I L N O,

NAKŁADEM WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

TOW. WYD. „POGOŃ”, Drukarnia „PAX”, Zauł. św. Ignacego 5.

Adres redakcji Pamiętnika Wil. Tow. Lek.:

Wilno, ul. Mostowa 7, m. 3. Prof. J. Szmurło.

KOMITET REDAKCYJNY:

Redaktor Prof. J. Szmurło. :: Red. adm. Dr. M. Minkiewicz.

CZŁONKOWIE KOMITETU:

Dr. L. Czarkowski	Dr. Z. Jakubowski	Prof. S. Trzebiński
Dr. E. Czarnecki	Dr. M. Kozłowski	Dr. A. Wirszubski
Prof. W. Jasiński	Dr. A. Safarewicz	Dr. O. Załkindson

Rękopisy należy nadsyłać pod adresem redakcji listem poleconym.

Cena prenumeraty wraz z przesyłką:

Rocznie—15 zł. Półrocznie—8 zł. Zeszyt pojedynczy 2 zł.

CENA OGŁOSZEŃ:

Okładka trzecia strona 30 zł. Ogłoszenia wśród tekstu: 1 strona 30 zł.
„ czwarta strona 40 zł. „ „ „ 1/2 „ 20 zł.

Jedna strona zwyczajna za tekstem . . . 25 zł.

Pół strony 15 zł.

Cwierć strony 10 zł.

Ósma część strony 6 zł.

Wszelkie wkładki według umowy.

REDAKCJA ZASTRZEGA SOBIE PRAWO NIEPRZYJĘCIA OGŁOSZENIA.

Ogłoszenia i prenum. należy przysyłać pod adresem:

Wilno, ul. Portowa 14 (dawn. 6-D) m. 3. Dla d-ra Jakubowskiego.

5 05
1494

PAMIĘTNIK

Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

MIESIĘCZNIK

ROK II — 1926

ZESZYT I

STYCZEŃ — LUTY.

W I L N O,

NAKŁADEM WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

TOW. WYD. „POGOŃ”, DRUKARNIA „PAX”, ZAUL. ŚW. IGNACEGO 5.

PAMIĘTNIK

Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

WILNIŃCZNIK

WYDZIAŁ I

ROK II - 1926

STYCZEŃ - LUTY

WILNO
WILEŃSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE
WILNIŃCZNIK

M O W A

Prezesa Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

Prof. D-ra KAZIMIERZA OPOCZYŃSKIEGO

wyłoszona przy otwarciu Uroczystego Posiedzenia Towarzystwa dn. 13/12 1925 r.

Otwierając posiedzenie, mam zaszczyt powitać zebranych gości i członków Towarzystwa i wyrazić Im wdzięczność za to, że obecnością swoją uświetnili obchód rocznicy założenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Niech mi wolno będzie powitać obecnych w murach naszych Przedstawicieli Władz Najjaśniejszej Rzeczypospolitej, J. E. Pana Wojewodę, J. M. Pana Rektora Uniwersytetu Stefana Batorego, J. E. Pana Przedstawiciela Władz Wojzkowych oraz Przedstawicieli Towarzystw i Stowarzyszeń Lekarskich i Społecznych, i wszystkich Czcigodnych Gości, którzy zdaleka przybyli, aby razem z nami spędzić ten dzień znamienny i pamiętny dla Towarzystwa Lekarskiego.

Sto dwadzieścia lat minęło od dnia, kiedy grono lekarzy Wileńskich z inicjatywy Józefa Franka założyło Towarzystwo Lekarskie i rozpoczęło pracę naukową, tem wydajniejszą, że zbiorową, że natchnioną genjuszem Jędrzeja Śniadeckiego i popartą udziałem najwybitniejszych w kraju lekarzy i profesorów Wszechnicy Wileńskiej. Praca tych znakomitych mężów miała tak wielkie znaczenie, że tradycją swoją podtrzymywała przez całe 120 lat istnienie Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, służyła dla niego drogowskazem i natchnieniem nawet w tych nadmiernie ciężkich chwilach, kiedy wszelkie poczynania gaszone były przez niesłychanie trudne warunki, przez niewypowiedziane przeszkody, które stawiano wszelkim ideałom, wszelkim myślom wolnym, nawet wszelkim przejawom uczciwości i poczucia narodowego. Tradycjami z tych odległych czasów żyjemy i my, lekarze Wileńscy obecni, i z najgłębszą wdzięcznością wspominamy tych wielkich poprzedników naszych, którzy nam drogę, po której stąpamy, utorowali.

Nie z chęci wynoszenia się Wileńskie Towarzystwo Lekarskie święci rocznicę swego 120-letniego istnienia, nie z samochwalstwa i nie dla reklamy. Cel naszego uroczystego posiedzenia jubileuszowego leży w dążeniu do oddania hołdu TYM, którzy rozpoczęli to wielkie przekazane nam dzieło, TYM, którzy pracą swą mrówczą, codzienną, dokładając cegiełkę do cegiełki, rozbudowywali to dzieło; TYM, którzy w ciężkich chwilach, które Towarzystwo przeżywało, przetrwali, przechowując te skarby bezcenne, jako pomniki wielkiej przeszłości; TYM, którzy pracą swoją, dociekaniem w dziedzinie wiedzy lekarskiej, rozszerzali zakres poznania; TYM, którzy w codziennej pracy swojej lekarskiej, przynosząc ko-

rzyść cierpiącej ludzkości, wykazywali te cnoty, które wypływają z prawdziwego umiłowania bliźnich; TYM wreszcie, przebywającym wśród nas najstarszym kolegom naszym, którzy, wysoko i mocno dzierżąc sztandar Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, kroczyli na spotkanie nas, ludzi nowych, którzyśmy nadejść mieli i którzyśmy dostąpili zaszczytu współdziałania w pracy, zapoczątkowanej przez Franków i Śniadeckich. Koledzy ci są tymi, którzy wiążą przeszłość z teraźniejszością. Za ich pracę, za to że wytrwali na posterunku, że przechowali przekazane im pamiątki i tradycje, CZEŚĆ IM!

Próżnobył się silił w krótkim przemówieniu podać nawet najważniejsze etapy rozwoju Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, którego historia wyłożona została w monografii wielce zasłużonego członka Towarzystwa, Doktora Władysława Zahorskiego. Jakąkolwiek ze stronic tego dzieła roztworzymy, przekonamy się, że praca w najrozmaitszych okresach historycznych Towarzystwa, pomna zadań, które sobie członkowie stowarzyszenia postawili, była pożyteczna i stała na wysokości nauki lekarskiej. Wileńskie Towarzystwo Lekarskie, założone przeważnie przez lekarzy Polaków, miało od początku swojego istnienia charakter stowarzyszenia polskiego, co jest zupełnie naturalne, jako instytucja znajdująca się w Wilnie, w tem mieście, które w walce o polskie swe prawa tyle przewalczyło, tyle przeboleło. I być może, że właśnie dlatego Wileńskie Towarzystwo Lekarskie nie było terenem narodowościowych waśni. Stąd wśród czynnych członków swoich miało wybitnych przedstawicieli innych narodowości, Rosjan i Żydów, którzy dla dobra nauki i rozwoju Towarzystwa pracowali. I w czasach strasznej reakcji, kiedy myśl polska duszona była przez rząd wrogi, kiedy posiedzenia naukowe odbywały się w obcym języku, kiedy ścierały się dwie zupełnie odmienne kultury, zapatrywania, dążenia, światopoglądy, kiedy z takiego współżycia musiały powstawać tarcia i zgrzyty, jednak zgrzyty te nie wytworzyły głębokich szczerb, bo przed wszystkimi działaczami ówczesnymi, jak gwiazda przewodnia, stał cel — dążenie do ogólnego dobra przez pracę i wiedzę.

Ta siła duchowa, zaszczipiona Towarzystwu przez jego założycieli, to umiłowanie tradycji, to dążenie społeczeństwa lekarskiego Wileńskiego do sprostania najwyższym celom zawodu lekarskiego, było dźwignią, która pobudzała do pracy najwznioślejszej, bo do pracy ideowej. Siła tradycji i ciągłość pracy, ciągłość pracy stodwudziestoletnia, są najgłówniejszymi podstawami trwałości Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego. Ciągłość pracy, przekazywanie jej z pokolenia w pokolenie, wytworzyła w naszym Towarzystwie pewien arystokratyzm ducha, tak samo zresztą, jak umiłowanie tradycji rodowej i ciągłość celów zmieniających się pokoleń stwarza arystokratyzm rodowy. I mocne jest Wileńskie Towarzystwo Lekarskie tą siłą, którą daje tradycja; z niej czerpać możemy, jak z nieprzebranej skarbnicy, bogactwo ducha, które przekazali nam nasi poprzednicy. Wielka jest bowiem siła wspomnień czynów dokonanych, wysiłków wspólnych, skierowanych ku dojściu do wytkniętego celu.

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie, żyjąc tradycjami, i wskutek tego zdając sobie sprawę z doniosłego znaczenia, jakie ma przekazywanie tradycji następnym

pokoleniom, dbając o tę przyszłość, a jednocześnie chcąc uwiecznić imiona tych najwybitniejszych mężów, którzy na terenie Wileńszczyzny i całej Rzeczypospolitej zasłużyli się, pracując na polu naukowym, czy też pracą swoją dopomagali rozwojowi Towarzystwa, na posiedzeniu walnem, odbytem 9-go grudnia, jednogłośnie uchwaliło zaprosić w poczet Członków swoich Honorowych następujących Panów:

Profesora Antoniego Gluzińskiego z Warszawy	
Doktora Edwarda Flataua	"
Dyrektora Stefana Dembego	"
Doktora Kazimierza Dłuskiego	"
Profesora Franciszka Krzyształowicza	"
Doktora Stanisława Michalskiego	"
Profesora Kazimierza Noiszewskiego	"
Docenta Henryka Nusbauma	"
Doktora Arkadiusza Puławskiego	"
Docenta Rafała Radziwiłłowicza	"
Profesora Bronisława Sawickiego	"
Doktora Jakuba Szwajcera	"
Profesora Tadeusza Browicza	z Krakowa
Doktora Maksymiljana Blasberga	"
Profesora Emila Godlewskiego	"
Profesora Kazimierza Kostaneckiego	"
Profesora Karola Kleckiego	"
Profesora Kazimierza Majewskiego	"
Profesora Witolda Orłowskiego	"
Profesora Aleksandra Rosnera	"
Profesora Juliana Talko Hryniewiczza	"
Profesora Witolda Nowickiego	ze Lwowa
Profesora Włodzimierza Sieradzkiego	"
Profesora Władysława Szymonowicza	"
Generała D-ra Ignacego Zielińskiego	"
Doktora Stanisława Łazarewicza	z Poznania
Profesora Pawła Gantkowskiego	"
Doktora Leona Pinesa	z Białegostoku
Doktora Aleksandra Macieszę	z Płocka
Doktora Karola Rożkowskiego	z Częstochowy
Generała Aleksandra Antonowicza	z Wilna
Doktora Władysława Bujalskiego	"
Doktora Ludwika Czarkowskiego	"
Doktora Tadeusza Dembowskiego	"
Doktora Grzegorza Gierszuna	"
Profesora Aleksandra Januszkiewiczza	"
Doktora Michała Minkiewiczza	"
Doktora Jana Michniewiczza	"

Profesora Alfonsa Parczewskiego	„
Doktora Cemacha Szabada	„
Doktora Witolda Węśławskiego	„
Doktora Abrahama Wirszubskiego	„
Doktora Władysława Zahorskiego	„

W imieniu Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego mam zaszczyt zwrócić się do W.W. P.P. Członków Honorowych z prośbą o przyjęcie tego najwyższego odznaczenia, na jakie stać Towarzystwo. Jestem najgłębiej przekonany, że Imiona Wasze, Czcigodni Panowie, zapisane do Księgi Złotej, rzuca splendor na Wileńskie Towarzystwo Lekarskie, a dla pokoleń, które po nas przyjdą, będą tem, czem są dla nas Imiona tych Wielkich Ludzi, których pamięci dziś w uroczystem posiedzeniu jubileuszowem hołd i cześć oddajemy.

Jubileusz Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

(Krótki rys dziejów Towarzystwa od r. 1805—1925 wł. odczytany przez D-ra K. Czarkowskiego na jubileuszowym zebraniu członków T-wa i gości d. 13.XII 1925 r.).*

W dniu 25 grudnia r. b. upływa 120 lat od chwili, gdy grono profesorów Uniwersytetu Wileńskiego, lekarzy i aptekarzy założyło w Wilnie Towarzystwo lekarskie.

Przed przekształceniem w r. 1803 Szkoły Głównej Lilewskiej na Uniwersytet Wileński, medycyna na Litwie nie stała na wysokości zadania, a lekarze nie cieszyli się zaufaniem publiczności, ponieważ z małemi wziętkami, po uzyskaniu dyplomu, brali rozbrat z nauką, nie śledzili jej postępów i wpadali w rutynę.

Taki stan rzeczy uległ gruntownej zmianie z otwarciem w Wilnie Uniwersytetu. Zaproszeni na profesorów uczeni o głośnych w świecie naukowym imionach, jak Jędrzej Śniadecki, Jan i Józef Frankowie, Bojanus, Becu, i inni, stworzyli wileńską szkołę lekarską i wykształcili szereg zdolnych lekarzy i godnych siebie następców.

Józef Frank, objąwszy w Uniwersytecie Wileńskim katedrę patologji i zapoznawszy się z istniejącym stanem rzeczy, postanowił złemu zaradzić i z właściwą sobie energją wziął się do dzieła. Za najlepszy środek do zachęcenia lekarzy do pracy i samokształcenia Frank uważał utworzenie towarzystwa lekarskiego. Propozycja jego znalazła przychylne przyjęcie u grona profesorów, lekarzy i aptekarzy. Opracowano projekt ustawy, którą zatwierdził cesarz Aleksander.

I okres 1805 — 1831.

Pierwsze posiedzenie odbyło się w dniu 11/23 października 1805 r. w mieszkaniu Franka. Na tem posiedzeniu obrano na prezesa Jędrzeja Śniadeckiego, na wice-prezesa prof. Lobenwejna, zaś trudne obowiązki sekretarza wziął na siebie J. Frank.

W dniu 24 grudnia odbyło się uroczyste otwarcie towarzystwa w obecności znakomitszych obywateli i licznej publiczności.

*) Pierwsze trzy okresy niniejszego Krótkiego Rysu dziejów Wileńskiego T-wa Lekarskiego opracował Dr. Władysław Zahorski, IV-ty i V-ty Dr. Ludwik Czarkowski zaś lata 1915 — 1920, czasy okupacji niemieckiej i bolszewickiej Dr. Abraham Wirszubski.

Towarzystwo, mając w swem gronie sławnych profesorów, rozwijało się znakomicie, przeżyło Uniwersytet, który dał mu początek, przeżyło Akademię Medyko-Chirurg., przeżyło wiele ciężkich chwil razem ze społeczeństwem, którego było krwią z krwi i kością z kości, i doczekało się 120-letniego jubileuszu w odzyskanej ojczyźnie, w wyzwolonym Wilnie i znowu stało się jakby częścią Uniwersytetu Stefana Batorego,

Zewnętrzne warunki oraz skład członków Towarzystwa w znacznej mierze wptywały na owocność jego działalności, te też miało ono okresy rozkwitu, a także okresy zastoju i martwoty.

Najświetniejszym w życiu Wileńsk. Towarzystwa Lekarskiego był czas do r. 1831, t. j. czas istnienia Uniwersytetu w Wilnie. W tym okresie odbyło Towarzystwo 226 posiedzeń, na których członkowie wygłaszali referaty naukowe, komunikowali spostrzeżenia z praktyki szpitalnej i prywatnej, demonstrowali chorych i preparaty anatomo-patologiczne. O każdej zdobyczy medycyny, o każdej znakomitszej książce zdawano szczegółową sprawę.

Od początku swego istnienia do r. 1831 T-wo miało 306 członków, w tem miejscowych 80, korespondentów w cesarstwie 103 i zagranicą 123. W liczbie tych ostatnich byli uczeni o wszechświatowej sławie, jak Jenner, Scarpa, Hufeland, Reil, Pinel i wielu innych. Biblioteka T-wa w końcu tego okresu liczyła 979 tomów.

Ponieważ w owym czasie nie było polskich czasopism lekarskich, przeto członkowie T-wa drukowali swe prace w miejscowych gazetach i w specjalnych pismach zagranicznych. Jednocześnie T-wo prenumerowało 7 czasopism lekarskich, francuskich, niemieckich i angielskich.

Jednak, wobec wciąż wzrastającego materiału naukowego, na który składały się prace, referaty i spostrzeżenia członków, T-wo postanowiło mieć własny organ. Jakoż w r. 1818 opuścił prasę tom 1-szy „*Pamiętnika Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego*” w którym umieścili swe prace: Śniadecki, Frank, Lobenwein, Niszkowski, Homolicki, Mik, Mianowski i inni. W r. 1821 wyszedł tom 2-gi również pod względem treści bogaty. Wkrótce potem zaczął wychodzić „*Pamiętnik Farmaceutyczny*”, wydawany przez nowoutworzony wydział farmaceutyczny T-wa Lekarskiego, a potem „*Dziennik Medycyny, Chirurgji i Farmacji*”.

W tym pierwszym okresie T-wo Lekarskie nie mało zasłużyło się swemu społeczeństwu. Nie było ani jednej klęski, ani jednej epidemji, żeby członkowie T-wa z zupełnem poświęceniem i zaparciem się nie służyli Ojczyźnie i nie nieśli bezinteresownej pomocy i pociechy cierpiącej ludności, często z narażeniem własnego życia, lub wolności. Dość wspomnieć rok 1812, powstanie 31-go r., oraz epidemie duru, cholery i inne.

Towarzystwo zapoczątkowało badania krajowych bogactw przyrodzonych, flory, źródeł mineralnych w Birsztanach, Druskienikach i Stokliszkach, dało początek badaniom statystyczno-naukowym, warunków zdrowotnych i t. d. Za pomocą prasy i żywego słowa szerzyło zdrowe pojęcia o higjienie i medycynie. W sprawach dotyczących zdrowotności miasta, szpitalnictwa, higjeny szkolnej i t. d. Towarzystwo Lekarskie zawsze udzielało rad i wskazówek i nigdy nie odmawiało

czynnej pomocy. Jedną z wielkich zasług T-wa było rozpowszechnienie szczepienia ospy ochronnej, głównie dzięki niezmordowanej pracy Becu, Lobenweina, i Franka, który założył w Wilnie *Instytut Wakcynacji*.

Zasłużyło się Towarzystwo i nauce przez obalenie teorii Browna oraz Broussais, które tyle szkody ludzkości wyrządziły. Przyczyniło się ono także do wzbogacenia polskiej specjalnej terminologii lekarskiej i chemicznej, przeważnie dzięki pracom Śniadeckiego — słowem przez cały czas swego istnienia T-wo lekarskie wileńskie pozostawało wiernem hasłu służenia nauce i społeczeństwu swemu, zawsze niosło przed sobą sztandar etyki lekarskiej i troskliwie strzegło honoru swych członków. Również nie mogły mieć miejsca próby użycia jego imienia dla celów osobistych, lub reklamy. W dziejach Towarzystwa próżno byśmy szukali jakichś spraw, nie mających związku z zadaniem jego. Dużo przeszkód spotykało ono na drodze swej działalności, często musiało staczać walkę z przesądami i ciemnotą części ludności. Nie posiadając własnego lokalu, Towarzystwo niejednokrotnie musiało przenosić swą bibliotekę i zbiory z miejsca na miejsce, a posiedzenia odbywać albo w jednej z sal Uniwersytetu, albo w teatrze anatomicznym. Doznawało również przykrości i przeszkód ze strony administracji, nieprzyjaźnie dla tej polskiej instytucji usposobionej.

Gdy w r. 1807 wojenny gubernator Wileński Rymkij-Korsakow zamierzał urządzić w samym środku miasta kilka szpitali dla chorych żołnierzy, T-wo Lekarskie uważało za swój obowiązek wystąpić przeciwko temu projektowi, wykazując niebezpieczeństwo takich szpitali dla ludności miasta. W odpowiedzi na to Korsakow w sposób brutalny zwymyślał prezesa T-wa Śniadeckiego i zagroził mu wygnaniem na Sybir. Szpitale były otwarte i niestety przewidywanie i obawy T-wa sprawdziły się, gdyż szpitale stały się ogniskami okropnych epidemij duru wysypkowego i czerwonki.

Pamiętny w dziejach Wilna rok 1812-ty zaznaczył się w historii Towarzystwa Lekarskiego szeregiem czynów bohaterskich i poświęcenia w imię miłości bliźniego, cicho i skromnie spełnianych przez jego członków.

Dotkliwą stratę poniosło Towarzystwo w r. 1822 w osobie Józefa Franka, który na zawsze Wilno opuścił, nie mogąc pogodzić się z rządami nowego rektora Uniwersytetu Pelikana.

Gdy nadszedł rok 1831 i wybuchło powstanie, Towarzystwo nie mogło prawidłowo pracować i zmuszone było zawiesić swe posiedzenia na 9 miesięcy — tembardziej, że liczba członków miejscowych znacznie się zmniejszyła, ponieważ wielu z nich, spłacając dług Ojczyźnie, zaciągnęło się do wojska polskiego.

Okres II-gi 1832 — 1863.

Chociaż z zamknięciem w Wilnie w r. 1831 Uniwersytetu Towarzystwo zostało pozbawione głównej swej podpory, ale w ciągu lat dziesięciu jeszcze posiłkowało się bogatymi zbiorami z pierwszego okresu pozostałymi. Gdy jednak w r. 1842 zamknięto w Wilnie Akademię Medyko-Chirurg. i przeniesiono ją do Kijowa, jako wydział lekarski uniwersytetu św. Włodzimierza, gdy jednocześnie wywieziono z Wilna bibliotekę, zbiory i inne pomoce naukowe, a także gdy

wielu profesorów opuściło Wilno, słowem gdy kamień na kamieniu nie pozostał z instytucji Batorego, Towarzystwo Lekarskie znalazło się w położeniu krytycznem tembardziej, że zostało pozbawione stałego lokalu, musiało tułać się po cudzych kątach i nieraz nie wiedziało, gdzie odbędzie najbliższe posiedzenie. Biblioteka, wciąż przenoszona z miejsca na miejsce, była w pożalowania godnym stanie; nieoprawne cenne książki były roztrzęsione i poszarpane, sporo z nich zaginęło, lub znalazło się u bukinistów, od których trzeba było odbierać je przy pomocy policji. Na każdym kroku Towarzystwo spotykało się z niechęcią i szykanami ze strony administracji.

Zdawało się, że Towarzystwo upadnie, aby jedną więcej ruiną pokryć sławne z nauk, oświaty i cywilizacji Wilno. Uratował je od ostatecznej zagłady prof. A. F. Adamowicz, który zakrzętnął się energicznie około podniesienia zamierającego Towarzystwa; zwalczał apatię, jaka zaczęła się wkradać; urządzał odczyty, pokazy; zachęcał do pracy.

Towarzystwo musiało zawiesić wydawnictwo „Dziennika Medycyny, Chirurgji i Farmacji“, ponieważ na drukowanie w języku polskim pozwolenia nie otrzymało, a gdy w r. 1837 chciało wznowić to wydawnictwo, minister oświecenia uznał je za zbyteczne.

A jednak pomimo tak nieprzyjaznych warunków Towarzystwo Lekarskie, chociaż anemiczne, nie tylko przeciągnęło dalszą egzystencję, ale w tym właśnie czasie urządziło gabinet anatomo-patologiczny, który w r. 1845 liczył 65 okazów i stale się wzbogacał, oraz gabinet farmaceutyczny i farmakologiczny, który po kilku latach miał 650 okazów; jednocześnie zakrzętnęło się około uporządkowania archiwum i biblioteki, w czem najbardziej się zasłużył Dr. Anicety Rejner, były lekarz wojsk polskich w 31-ym roku. Podczas epidemji czerwonki (1845 r.), ospy (1846) i cholery (1848) Towarzystwo, jak i dawniej, brało czynny udział w ich zwalczaniu.

Do zasług Towarzystwa należy uporządkowanie wydawania lekarstw z aptek, które było dotąd bardzo niedbałe.

Niezrażone kilkakrotnie spotykaną ze strony rządu odmową T-wo nie zrzekło się zamiaru drukowania prac swoich członków i w tym celu znowu prosiło ministra o pozwolenie na wydawnictwo w języku polskim i rosyjskim, ale, gdy car Mikołaj I na podaniu własnoręcznie podpisał: „Na ruskom odnom“, Towarzystwo poradziło sobie w inny sposób.

Prof. Adamowicz zużytkował nagromadzony w archiwum Towarzystwa materiał i już w r. 1846 wydał w Wilnie I-szy i drugi tom p. t. „Postrzeżenia praktyczne najnowsze niektórych lekarzy, zebrane przez A. F. Adamowicza“. W roku 1852 wyszedł w Warszawie tom 2-gi i 3-ci, a w 1862 znowu w Wilnie t. 4-ty.

W roku 1853 Towarzystwo znowu pozostało bez przytułku, ponieważ z rozkazu generał-gubernatora musiało usunąć swe zbiory i bibliotekę z zajmowanej dotąd sali. Dopiero dzięki staraniom D-ra Wikszemskiego posiadało po półwiekowej tułaczce własny stały lokal, mianowicie byłe audytorjum farmakologiczne. W tym lokalu, chociaż ciasnym i niewygodnym, Towarzystwo Lekarskie prze-

trwało 70 lat, t. j. do r. 1924, kiedy prezes jego prof. A. Januszkiewicz wyjednał u Uniwersytetu Stefana Batorego odpowiednie dlań pomieszczenie.

W roku 1855 T-wo obchodziło uroczyste 50-lecie swego istnienia.

Ostatnią czynnością Towarzystwa w tym okresie było zbadanie parchów w Wilnie.

Ku końcowi tego okresu Towarzystwo miało 411 członków, w tem miejscowych 66, członków korespondentów w cesarstwie 219 i zagranicznych 126.

Biblioteka wzrosła do 8006 tomów i posiadała znaczną ilość rękopisów; gabinet anatomo-patologiczny liczył 164 preparaty.

Pomimo iż Towarzystwo w tym drugim okresie swego istnienia musiało usunąć się z zajmowanego przedtem stanowiska, opromieniał je jednak jeszcze blask dawnej chwały i wielu wybitnych uczonych europejskich korespondowało z niem i przysyłało swe prace.

Okres III-ci od 1864 — 1895 wł.

Po powstaniu styczniowym nastały dla kraju, a z niem i dla T-wa Lekarskiego, ciężkie czasy. Murawjew, po egzekucjach i masowem wysłaniu Polaków na Sybir i w głąb Rosji, zapoczątkował prześladowczą politykę polskośći, co trwało aż do r. 1905.

Ten okres rozpoczął się dla Towarzystwa od rozporządzenia miejscowej administracji, usuwającego z Towarzystwa polskiego język polski. Znacznie zmniejszyła się liczba członków, ponieważ ci, co brali udział w powstaniu, albo byli podejrzani o sprzyjanie mu, poszli na wygnanie, inni wystąpili z Towarzystwa, nie mogąc pogodzić się z wprowadzeniem języka rosyjskiego. Zczasem zmienił się i skład członków. O ile przedtem miejscowymi członkami byli prawie sami polacy, po r. 63-im stopniowo napływał obcy element.

W Towarzystwie zapanowało zniechęcenie i jakby odrętwienie. Na posiedzenia miesięczne przychodziło 4 — 6 członków, a i ci, nie mając nic do komunikowania, po 20 minutach rozchodzili się. Nikt nie interesował się działalnością jedyne go w Wilnie naukowego zgromadzenia.

Od r. 1869 zaczęło drukować protokoły posiedzeń w języku rosyjskim. Jedynym bodaj znakiem życia Towarzystwa były usiłowania zbadania istoty ogromnie rozpowszechnionego na Litwie kołtuna. Towarzystwo usiłowało dowieść, iż nie jest on wcale chorobą, i kilkakrotnie wyznaczało konkurs i nagrodę za najlepszą pracę o kołtunie, ale dopiero w r. 1876 przyznało ją dr. Henrykowi Dobrzyckiemu, który w swej pracy o kołtunie ostatecznie pogrzebał go, jako chorobę. W tym czasie Towarzystwo rozpoczęło walkę z felczerstwem, które było istną plagą dla niezamożnej i ciemnej ludności. Jako jeden ze środków dla zwalczania wyzysku ze strony felczerów i różnego rodzaju szarlatanów uznano zapewnienie ubogiej ludności bezpłatnej pomocy lekarskiej i w tym celu w r. 1870 otwarto przy Towarzystwie bezpłatną przychodnię lekarską.

Konieczność wspólnej pracy podczas epidemii cholery w r. 1871 nieco ożywiła Towarzystwo, ale nie na długo, i znowu zaczęło ono zapadać w stan od-

retwienia i apatii. Nawet wojna turecko-rosyjska w 1878 r. i zawleczony do Wilna przez jeńców tureckich dur plamisty, z którym walczyło Towarzystwo, nie wpłynęły na jego ożywienie, chociaż otrzymało ono podziękę od cara.

Prawie cała działalność Towarzystwa polegała na porządkowaniu biblioteki i zbiorów. Na taki stan rzeczy wpływały zarówno brak środków materialnych, jak nieprzyjazne warunki zewnętrzne, niektórzy bowiem z miejscowych rosjan usiłowali zdyskredytować Towarzystwo Lekarskie przed Petersburgiem, przedstawiając je w denuncjacjach, jako zgromadzenie konspiracyjne, polskie.

Dopiero po roku 1880 zaczęto się ruszać w Towarzystwie, posiedzenia bywały liczniejsze, wygłaszano na nich referaty naukowo opracowane. W roku 1895 utworzono przy Towarzystwie sekcję sanitarną, urządzono pracownię chemiczną i bakteriologiczną, rozpoczęto rejestrowanie chorób zakaźnych i przypadków śmierci, dokonano oględzin domów, dziedzińców i t. d. pod względem sanitarnym.

Pracę Towarzystwa w znacznej mierze hamował rząd rosyjski, który kilkakrotnie zmieniał jego ustawę i coraz bardziej uzależniał Towarzystwo od miejscowej administracji.

Przy końcu tego 3-go okresu Towarzystwo rozporządzało 4 stypendjami dla uczącej się młodzieży. Członków czynnych miało 107, członków honorowych w cesarstwie 32, zagranicą 29, członków korespondentów 75. Biblioteka liczyła 10775 dzieł w 17256 tomach oraz 272 rękopisów.

Dnia 12/24 grudnia 1895 r. Towarzystwo obchodziło 90-letni jubileusz swego istnienia. Na uroczystym posiedzeniu, po wygłoszeniu kilku odczytów na tematy, związane z dziejami Towarzystwa, odczytano mnóstwo otrzymanych depesz i listów od Uniwersytetów, Towarzystw Lekarskich, od uczonych polskich i innych. Czasopisma: „Nowiny Lekarskie“, „Przegląd Lekarski“, „Tygodnik Ilustrowany“ i inne podały szczegółowy opis jubileuszu wraz z krótką historją Towarzystwa.

Okres IV-ty lata 1896 — 1914. Upadek T-wa.

19-sto lecie to dzieli się wskutek wypadków politycznych w r. 1905 na dwa podokresy: pierwszy — lata 1896 do połowy 1905 i drugi od drugiej połowy 1905 do końca pierwszej połowy 1914 r., czyli do wybuchu wojny światowej.

W pierwszym podokresie T-wo, pomimo wszystko, rozwijało się, powiększała się, acz zwolna, ilość członków rzeczywistych. Z 98-iu w roku 1896 do 119-u w latach 1901, 1902; — ożywiły się zebrania miesięczne, więcej na nich bywało członków i więcej było odczytów oraz pokazów.

Pomyślny stan ten rozpoczął się właściwie od lat 1888 — 1896 — kiedy to przybywało do Wilna coraz więcej młodych lekarzy, którzy pokończyli Uniwersytety w Warszawie, Dorpacie, Kijowie, Moskwie. Przybysze w znacznej większości składali się z polaków i wszyscy prawie bez wyjątku zostali członkami T-wa Lekarskiego. Weszło ich w tym czasie 23-ch, co znakomicie powiększyło stosunek członków polaków do członków innych narodowości.

Oddziało to przede wszystkim na skład zarządu. Odtąd już nie mógł się

zdarzyć taki fakt, jak w roku 1874, kiedy to prezesem był inspektor lekarski Stolarow, zaś wiceprezesem Zaustinskij, z pochodzenia polak, z przekonania przedewszystkiem karjerowicz, który przeszedł na „prawosławie“ ożeniwszy się z wdową po gubernatorze Siemionowie, a potem też tylko zwolennik panującej nardowości. Na ogólną liczbę członków 78, polaków w r. 1874 było 32 czyli 41%. Polacy szli już teraz zwartą kupą i właściwie wybierali do zarządu kolegów po swojej myśli. Zatrzymuję się tu nad tą stroną życia Wil. T-stwa Lekarskiego, bo ona nadawała ton, ona przeważała w postępkach kolegów, a ze względów cenzuralnych nie mogła być ujawniona w druku. Już na parę tygodni przed 12-ym grudnia (st. st.) — dniem wyborów — polacy odbywali zebrania przedwyborcze w mieszkaniach prywatnych, częściej w restauracjach hotelu Europejskiego lub Naruszewicza, w osobnej sali, a to dlatego, że nie każdy kolega poszedłby do każdego kolegi, zdarzały się bowiem kwasy i nieporozumienia. „Starzy“ niechętni byli „młodemu“ i *vice versa*. Było kilku „starych“, którzy szli samopas i z trudem ulegali solidarności narodowej, zwąc ją „szowinizmem“, niepotrzebnie ich zdaniem, mącącym harmonję, jaka powinna panować wśród ludzi jednego zawodu, stanu i powołania. Jużci w teorii mieli zapewne słuszość — nieinaczej bywało w miastach takich, jak np. Petersburg, Moskwa, Charków, Kijów, ale w Wilnie, w ówczesnych stosunkach ucisku polskości nie mogło być inaczej. Każdy z nas przecież był przedewszystkiem polakiem, a potem dopiero lekarzem, winien był ulegać najprzód nakazom swego narodu (i społeczeństwa), a potem dopiero solidarności zawodowej. Dla ilustracji przytoczę jeden fakt. W r. 1892 zmarł honorowy członek T-stwa polak Dr. Rejkowski. Zarząd T-stwa złożył na trumnie wieniec w kościele św. Jana z napisem na wstęgach w języku urzędowym. Polacy byli oburzeni na wprowadzenie do Kościoła moskiewszczyzny, które jeszcze w tem miejscu nie bywało. Wybrali delegację do prezesa Erbsztejna, który pod naciskiem zgodził się wreszcie na napis łaciński. Odtąd już stale w odpowiednich wypadkach posługiwano się językiem łacińskim.

Liczba członków wahała się w tym podokresie (1896 — 1904) między 106 (w r. 1899) a 119 (w r. 1901), w czem polacy stanowili więcej, niż połowę (57 w r. 1903 i 63 w r. 1903). Najwięcej polaków było w 1900 r., bo 65 na 117 ogólnej liczby. Gdy się przyjrzymy bliżej liczbie odczytów i pokazów, stosunek ten ulegnie zmianie wcale nie na korzyść naszych rodaków. W ciągu 8-miu lat (z r. 1898 wykazu nie odszukałem) odbyło się pierwszych 151; najwięcej w roku 1904, bo 25 (w czem polacy 7) najmniej w r. 1903, bo tylko 13, (w czem polacy 5). W ogólnej sumie polacy mieli odczytów 67; pokazów za też 8 lat 156; najwięcej w r. 1897 — 34 (polacy 14), najmniej w r. 1899 — bo 10 (polacy 2) w czem polacy 48, czyli stosunek gorszy niż co do odczytów. Tłumaczy się to tem, iż stanowiska lekarzy szpitalnych były obsadzone przez moskali i żydów (w szpitalu żydowskim); wyjątek stanowił do r. 1897 szpital Sawicz, gdzie naczelnym lekarzem był Hipolit Jundziłł, jednym z 2-ch ordynatorów Jan Wyzgo — obaj polacy, — od których przy nominacji gubernator wymógł słowo, że do chorych będą się zwracali wyłącznie w języku urzędowym. Różnie tam z tem bywało w praktyce, ale fakt w zasadzie istniał. Otóż w kwietniu 1897 r. Jundziłł umarł,

na jego miejsce wszedł młody, ale „prawosławny” Turczaninow, czem dotknięty Wyzgo podał się do dymisji.

Od roku 1898 właściwie najczęściej pokazów dostarczali z polaków dwaj lekarze: Dr. Dembowski Tadeusz, który posiada własną prywatną lecznicę chirurgiczną i Strzemiński Ignacy, zawiadujący lecznicą dla chorych na oczy im. Przeździeckich.

Przebiegnę chronologicznie wypadki z życia Towarzystwa w tym podokresie. W r. 1897 wybrano komisję do uporządkowania ksiąźnicy. W roku 1899 T-stwo uchwaliło zebranie funduszu na własny dom, dla pomieszczenia zbiorów, biblioteki, archiwum, laboratorium. Postanowiono powiększyć składkę członkowską z 6 na 8 rubl. rocznie i te dwa ruble odkładać na kapitał budowy domu.

Gubernator poraz pierwszy od czasu istnienia T-stwa nie zatwierdził wybranego na rok 1900 zarządu. Poufnie dowiedzieliśmy się, iż nastąpiło to na przedstawienie ówczesnego inspektora lekarskiego Jacuty, z poduszczenia jego pomocnika D-ra Narcyza Hryniewicza. Nie mógł on znieść, że do zarządu wybrani zostali sami polacy. Musiano ponowić wybory i te dały rezultat po myśli p. gubernatora.

W tymże roku T-stwo wystosowało adres po łacinie do Uniwersytetu Jagiellońskiego z powodu 500 letniego jubileuszu. Zawieźli adres i wręczyli dwaj delegaci T-stwa — Tadeusz Dembowski i Witold Węslawski.

Generał-gubernator odmówił swej zgody na utworzenie przy T-stwie sądu honorowego dla członków. Sprawa ta zaprzętała uwagę T-stwa od r. 1894 i taki wzięła obrót.

12 listopada 1901 kilkakrotny prezes T-stwa Dr. Klemens Erbsztejn ofiarowuje T-stwu doborową swą bibliotekę lekarską, z kilkuset tomów; między innymi znajduje się w niej „Schmidts Jahrbücher” za 34 lata od r. 1859 — 1893. Razem z biblioteką ofiarował i ładne do niej szafy. W roku 1902 postanowiono obchodzić w r. 1905 stuletni jubileusz; została wybrana komisja z 28 osób oraz zarząd do ułożenia programu uroczystości.

T-stwo wzięło udział w wystawie Rolniczej w Wilnie, miało swój kiosk, wystawiło preparaty anatomo-patologiczne i kilka starych ksiąg. Wynik był ten, że zginał zielnik Syrenjusza jedyny kompletny z trzech egzemplarzy jakie T-stwo posiadało.

W r. 1903 podniesiono składkę członkowską do 10 rb. celem pokrycia niedoboru.

Rok 1905, rok pierwszej rewolucji w Rosji, był przełomowym w życiu Towarzystwa. Liczba członków zmalała do 108 (ze 119 w r. 1901) głównie z powodu powołania wielu lekarzy do wojska, na Daleki Wschód. Ogólne wrzenie odbiło się na T-stwie. Komisja jubileuszowa na zebraniu 13/26 czerwca oświadczyła się za odroczeniem obchodu do chwili stosowniejszej, a to z powodu wojny z Japonją i niepokoju wewnątrz państwa. Zebranie zgodziło się z poglądem komisji. Na temże posiedzeniu dano wyraz oburzeniu z powodu pobicia w Kursku przez kozaków D-ra Szyszmana, to samo w dn. 25/12-1 z powodu znieważenia D-ra Zabusowa w Petersburgu przez gen. Kowalowa, sąd wojenny T-stwo

nazwało stronnym, bo „kastowym”. Korzystając z „wolności konstytucyjnych” Dr. Ignacy Strzemiński wystąpił z odczytem o gradówce (Chalazion) w języku polskim. Wreszcie dn. 25/12 grudnia 1905 r. (obecnych 35 członków, w cenie 25 polaków) T-wo uchwaliło :

„Ponieważ T-wo postanowiło skorzystać z łaski monarszej, usuwającej ograniczenia, krępujące użycie języków miejscowych, to dla opracowania schematu, według którego mają być prowadzone protokoły T-stwa, wybiera się osobną komisję z członków: Wygodzkiego, Węśławskiego, Dembowskiego, Zahorskiego, Romma, Świdorskiego, Stemby i Czarkowskiego, przyczem T-wo powzięło uchwałę niepodlegającą rozpatrywaniu przez komisję, a mianowicie: „Część protokołów administracyjna, jako podlegająca kontroli władz, ma być drukowana w języku państwowym, wszakże wrazie życzenia może być równolegle drukowany tenże tekst w jednym z języków miejscowych. Co się tyczy referatów naukowych, te mają być drukowane w tym języku, w jakim były wygłoszone na posiedzeniu, z obowiązkiem krótkiego streszczenia w języku rosyjskim. Zaś pod referatami wydrukowanymi w języku rosyjskim może być umieszczone streszczenie w jednym z języków miejscowych”. (Cytuję w dosłownem tłumaczeniu z protokołu Towarzystwa).

Zgodnie z tą uchwałą 12/25 marca 1907 r. przy pokazach Czarkowski (Nieobecność mostka, fissura sterni congenita u 78 letniego krawca) i Dr. Dembowski (Ulcus rodens wyleczony promieniami Roentgena) przemawiali po polsku, streszczając swe wywody dla kolegów nieznających polskiego, w języku rosyjskim. Na temże zebraniu jednogłośnie uchwalono polecić Zarządowi, aby użył wszelkich środków dla jaknajrychlejszego uwolnienia aresztowanych w Wilnie kolegów — Szabada i Wilejszysa, którzy wszystkim są znani z prawomyślnych i umiarkowanych poglądów, i nie ulega najmniejszej wątpliwości, że nie popełnili żadnego przestępstwa.

12/25-IV-1907 r. odczytano na zebraniu otrzymane od gubernatora następujące pismo: „Doszły mnie wiadomości, że rozprawy na ogólnych zebraniach Ces. Wil. Tow. Lek. i posiedzeniach zarządu tegoż T-stwa odbywają się nie w rosyjskim lecz w polskim języku. Ponieważ zgodnie z p. 3-m najwyżej zatwierdzonej opinii 27 marca 1906 r. Rady państwa o używaniu rosyjskiego i miejscowych języków w biurowości prywatnych towarzystw w gubernjach kraju Zachodniego (Zbiór rozporządzeń i przepisów rządowych Nr 119 z dn. 16 maja 1906 roku art. 611) wewnętrzna biurowość towarzystw prywatnych, a zarazem rozpatrywanie zagadnień na ogólnych zebraniach (Obsużdzenie czastnych woprosow.) członków tych towarzystw, zebraniach pełnomocników i na posiedzeniach zarządów poza gubernją Kowieńską, winny odbywać się tylko w języku rosyjskim, przeto o ile wiadomości, które mnie doszły są pewne, proszę Szan. Pana (Prezesa T-stwa) o przedsięwzięcie środków, niedopuszczających przekraczania powyżej przytoczonego prawa. O następstwach zechce mnie Pan zawiadomić”.

18-VI/1-VII-1907 r. Dr. Kwiatkowski podał obszerny projekt zaprowadzenia ulepszeń w T-stwie, zarzucając zarządowi brak sprężystości. W dyskusji Domaśzewicz (litwin) i Wygodzki (żyd) przypisują ospalstwo rozterkom narodowoś-

ciowym. Skargi tych kolegów na znaczne zmniejszenie się zainteresowania wśród członków sprawami T-stwa i Nauk lekarskich — były słuszne. Przyczyny wszakże nie były te, a przynajmniej nie tylko te, na które oni wskazywali. Muszę je tu w krótkości wymienić:

1) Zakaz używania języka polskiego w obradach zraził wielu Polaków. Młodszy, to znaczy „gorętsi”, przestali miewać referaty i mniej licznie bywali na zebraniach T-stwa. Natomiast w liczbie dwudziestu kilku utworzyli poufne koło lekarskie, które zbierało raz na miesiąc kolejno w mieszkaniach członków w przeddzień zebrania T-stwa. Obradowano naturalnie po polsku na różne tematy z dziedziny medycyny, lub omawiano porządek dzienny tegoż T-stwa i w razie potrzeby zjawiano się gremjalnie, np. na wybory.

2) W latach 1905 — 1907 powstały w Wilnie liczne Stowarzyszenia polskie, jako to „Oświata”, „Sokół”, „T-wo Przyjaciół Nauk”, „T-wo Opieki nad Dziećmi” i trzy czasopisma i t. d. których członkowie rekrutowali się przeważnie spośród lekarzy, jako najliczniejszej grupy inteligencji polskiej (poza lekarzami byli obrońcy Sądowi, urzędnicy Banku Ziemskiego, księża, trochę kupców i rzemieślników). To też w roku 1908 zdarzył się fakt dotąd niebywały. Oto T-stwo wykreśliło z pośród swego grona dziesięciu członków zbyt już długo zalegających ze składką członkowską.

12/25-III T-stwo wysłało do Poznańskiego T-stwa Przyjaciół Nauk telegram z powinszowaniem 50 lecia tegoż, a także znakomitemu pisarzowi Leonowi Tołstojowi z powodu dościa 80 lat. — Z księżnicy w ciągu roku korzystało zaledwie 4 osoby.

Rok 1909. Ponieważ z końcem r. 1908 kapitał na dom własny Towarzystwa dosięgał 7146 rubli przeto 25/12 stycznia T-stwo poleciło zarządowi, aby się zwrócił do Magistratu o plac 350 — 400 sążni kw., zaś po uzyskaniu placu, zaciągnął pożyczkę i rozpoczął budowę. Na posiedzeniu 27/14 maja powiadomiono, iż od lat 5-ciu istnieje w Wilnie kasa, filja Petersburskiej Kasy wzajemnej pomocy lekarzy, należą do niej wyłącznie prawie członkowie T-stwa Lekarskiego w liczbie 48-miu. Kapitału Kasa posiada 712 rubli i 62 kop.

Rok 1910. Liczba członków w r. 1908 spadła na 102 i ciągle się trzyma na tej liczbie. W zebraniach bierze udział coraz mniej członków. Jedno zebranie z tego powodu nie doszło do skutku. Na inne, pomimo zajmującego referatu D-ra Wirszubskiego, stawiło się zaledwie 16-stu.

25/12 maja zdawał sprawę z pogrzebu Orzeszkowej w Grodnie delegowany przez T-stwo Dr. Zahorski.

Rok 1911. Na zebraniu 25/12 maja Prezes zakomunikował, że Rada Miejska zgodziła się na zbieranie się T-stwa — w jej sali posiedzeń. Odczytów w ciągu roku odbyło się tylko 10, jeden przez Polaka, pokazów 5.

Rok 1912. I w tym roku stan T-stwa w dalszym ciągu się pogarszał; liczba członków spadła do 99 (w czem Polaków 49 t. j. 50%) liczba obecnych na zebraniach nie przekracza 32, a 25/X było tylko 13 na nadzwyczajnem, 25 kwietnia zaledwie 9-ciu — natomiast rośnie liczba gości i na zebraniu 25/12 czerwca na 24-ch członków — gości 21. Nawet na zebranie doroczne przybyło zaledwie

22-ch, w czym polaków 13. Nic dziwnego, że protokoły cienieją; gdy dawniej liczyły po 300 stron zgórą, w tym roku zaledwie 57.

Rok 1913. Członków 95, z których więcej, niż połowa, bo 51, nie zapłaciła składki za rok 1913-ty. Niedobór wynosi 1399 rb.

Liczba gości na zebraniach dorównywała liczbie członków, zaś na dwóch przewyższała, np. w listopadzie na 38 czł. było 32 gości, na dorocznym grudniowym na 41-33 członków! Protokoły zawierają 24 strony. Prawda, że w tym roku utworzyła się przy T-stwie Przyjaciół Nauk Sekcja lekarska, która rozpoczęła wydawanie miesięcznika „Lekarz Wileński”, gdzie członkowie T-stwa umieszczali swoje prace. Redagował to pismo Dr. Minkiewicz, sekretarzem redakcji był Dr. Boguszewski, dziś nieżyjący. W r. 1913 wydano tego pisma 11-cie zeszytów i w r. 1914 siedem.

Okres V. 1915 — 1921.

Osiemnastego września 1915 r. weszli do Wilna Niemcy.

Wśród 57 lekarzy, którzy pozostali w Wilnie po ewakuacji rosyjskiej było 27 członków Tow. Lek. Wil. Działalność T-stwa ponowiła się w październiku r. 1916. Do tego czasu odbywały się przypadkowe posiedzenia i nie zawsze legalne, z udziałem lekarzy zarówno członków, jak i nieczłonków T-wa Lek. Tak w listopadzie r. 1915 odbyło się liczne posiedzenie (około 40 osób) w lokalu Komitetu Obywatelskiego (ul. Wileńska, 23) za zawiadomieniem władzy niemieckiej, pod przewodnictwem D-ra Wygodzkiego, w celu rozważania spraw sanitarnych, w związku z grasującymi w mieście chorobami zakaźnymi.

Pozatem, w styczniu r. 1916 w tym samym lokalu odbyło się pod przewodnictwem D-ra Minkiewicza, posiedzenie z udziałem 12 osób — członków T-stwa, poświęcone sprawozdaniu rocznemu za rok 1915. Przyjęto rezolucję aby zapożyczyć 600 rb. z „żelaznego funduszu” na uporządkowanie dawnego lokalu Towarzystwa.

W kwietniu r. 1916 w odświeżonym własnym lokalu T-stwa odbyło się posiedzenie z udziałem 8 osób pod przewodnictwem D-ra Kiewlicza, w celu zastanowienia się nad palącą kwestją przymusowego wysyłania lekarzy na prowincję. Polecono kolegom Kanowi i Boguszewskiemu, aby złożyli władzom memorjał w tej sprawie.

W lipcu r. 1916 odbyło się w lokalu Magistratu tajne zebranie (przeszło 20 lekarzy) w sprawie próby władz niemieckich w sensie zmuszenia wszystkich pracujących w zakładach komunalnych — a więc i lekarzy, których liczba dochodziła prawie do 30, aby podpisali zobowiązanie się do służby państwowej niemieckiej. Jednogłośnie uchwalono podobne wymaganie stanowczo odrzucić.

We wrześniu r. 1916 odbyło się pod przewodnictwem D-ra Węsławskiego w lokalu Towarzystwa posiedzenie, poświęcone kwestji stosunku lekarzy do przymusowej pożyczki (kontrybucji), wymaganej od miasta w wysokości jednego miliona rubli. — Z 38 obecnych lekarzy 24 wstrzymało się od podpisu, pozostali zaś podpisali się na nieznaczne sumy. — Do komisji organizacyjnej zostali wybarni: Dembowski, Załkind i Bujalski.

Nareszcie 11 października r. 1916 — na posiedzeniu z udziałem 22 osób, pod prezesurą D-ra Minkiewicza, uchwalono wznowić prawidłową działalność T-wa, urządzając podobnie, jak za czasów pokojowych, miesięczne zebrania w dniu 12 st. st. każdego miesiąca. Na tem posiedzeniu przyjęto 4 nowych członków: Bańkowskiego, Hertzową, Zaleskiego i Jacuńskiego. Odbyły się również wybory Zarządu, w skład którego weszli — jako prezes — Dembowski, wice-prezes — Wygodzki, konserwator — Kozłowski i poprzedni członkowie: Bloch — skarbnik, Boguszewski i Jabłonowski sekretarze. Uchwalono na przeciąg wojny zwolnić nowych członków od wpłaty 10 rubli za dyplom, składkę roczną zaś w wysokości 10 rubli ściągać miesięcznymi ratami. Następnie została wybrana Komisja ze znanych w mieście specjalistów z udziałem D-ra Zahorskiego w celu rejestracji popiersi, portretów i starożytnych aktów, należących do Towarzystwa. Na tem posiedzeniu poraz pierwszy obecny był urzędnik niemiecki. Z kwestyj naukowych na posiedzeniu tem szczegółowo rozpatrywano niepokojącą całą publiczność Wileńską sprawę przymusowego szczepienia ospy. Sprawa przedstawiała się w sposób następujący: wobec zaszłych pojedynczych wypadków ospy naturalnej zwierzchność niemiecka zarządziła, aby ludność w liczbie 150,000 osób, bez różnicy płci, wieku i stanu, szczepiła sobie ospę, osobom zaś nie okazującym dowodów szczepienia ospy, miano odmówić wydawania kart na chleb. Otóż właśnie członkowie T-stwa zorganizowali w sali Miejskiej bezinteresownie masowe szczepienie codziennie (oprócz poniedziałków), zaczynając od 18 listopada.

Na każde miesięczne posiedzenie uzyskiwano zezwolenie, za które wpłacano 3 marki. Zaświadczenie o legalizacji T-stwa, wydane na imię sekretarza, wywieszono w sali posiedzeń na widocznym miejscu. Przeciętna liczba obecnych na posiedzeniu wynosiła 15 osób.

W listopadzie r. 1916 wygłosili odczyt Dr. Bańkowski i Dr. Szwengruben, na temat „Cholera w Wilnie“ w r. 1915“ (w jęz. polskim). W grudniu r. 1916 wygłosił odczyt (w jęz. ros.) Dr. Szabad, na temat „Śmiertelność w Wilnie w ciągu ostatnich 5 lat“. Wskutek braku środków na opalanie i oświetlanie sali dalsze posiedzenia przerwano.

Dopiero we wrześniu r. 1918 ponownie zostali zwołani członkowie T-stwa w celu rozważenia sprawy wznowienia działalności T-stwa, niestety bez dodatnich wyników.

W ciągu r. 1919 T-stwo tułało się z jednego lokalu do drugiego. Tak, za czasów bolszewickich od 6 stycznia do 19 kwietnia zebrania odbywały się w lokalu Czerwonego Krzyża (Kreslita), przy ul. Pohulanka Nr. 18. W lecie r. 1919 posiedzenia odbywały się w murach po-franciszkańskich (przy ul. Trockiej d. Nr. 16). Od jesieni zaś do końca r. 1919 — w lokalu szpitala żydowskiego, od początku roku 1920 w lokalu byłej Biblioteki Publicznej, a więc w gmachu Uniwersyteckim, za zgodą Senatu Akademickiego i Dyrekcji Biblioteki. Zaznaczyć należy, że poczynając od okupacji niemieckiej i aż do roku 1920, na posiedzeniach używano języka polskiego i rosyjskiego; zaś od roku 1920, od czasu, gdy posiedzenia zaczęły się odbywać w gmachu Uniwersyteckim, używano

wyłącznie języka polskiego. Tak więc rok 1920 rozpoczyna najnowszy okres w życiu T-stwa Lekar. Wil.—Zaprzestano też tytułowania „Cesarskie” (Imperatorskoje).

Okres V. odrodzenia od r. 1922.

Od r. 1915 wybory się nie odbywały i zarząd składał się właściwie z prezesa D-ra Dembowskiego i sekretarza Jabłonowskiego. Nie prowadzono też protokółów. Z chwilą wznowienia Uniwersytetu, a w nim wydziału lekarskiego, wstąpiły do T-stwa nowe siły naukowe, profesorowie. Istotne odrodzenie T-stwa datuje się od r. 1922, kiedy to wybrano nowy zarząd. Na prezesa powołano prof. kliniki chorób wewnętrznych D-ra Januszkiewicza. Nowy zarząd zakrzętnął się żwawo około wiania nowego życia w zamierający już zdawało się organizm. Z rokiem 1923 rozpoczęły się regularne comiesięczne zebrania, najpierw w jednej z sal wykładowych Uniwersytetu, a gdy ta okazała się za ciasną, w sali Śniadeckich. Zebrania znakomicie się ożywiły. Zmieniono starą narzuconą przez władze rosyjskie ustawę. Prezes Januszkiewicz wybrany ponownie na rok 1924 wziął mocno do serca sprawę własnego lokalu T-stwa. Dawny ze wszechmiar okazał się niemożliwym. Sala wprawdzie staroświecka, patyną wieków omszona, ale ciemna, ponura, wilgotna, zimna i na dzisiejszą liczbę członków za szczupłą, zwłaszcza że sporo miejsca zabierały szafy z książkami. Dzięki usilnym staraniom Szanownego Prezesa T-stwo uzyskało od Uniwersytetu na 99 lat wzamian zatamten lokal nowy, składający się z obszernej, ładnej, widnej i suchej sali na parterze na zebrania i 3-ch pokoi na piętrze, gdzie mieszczą się: biblioteka, archiwum i czytelnia. W czerwcu 1924 r. T-stwo przeprowadziło się do odnowionego swoim kosztem lokalu i rozpoczęło w nim nowy okres żywota zaznaczony znacznym zwiększeniem liczby członków (140), podniesieniem poziomu naukowego przez liczne odczyty i pokazy. Musi ono zbierać się nie raz, ale dwa razy na miesiąc i to z trudnością daje sobie radę z obfitym materiałem.

Po dwóch latach mozolnej, lecz owocnej pracy dla T-stwa Prof. Januszkiewicz, z powodu licznych zajęć związanych z profesurą, ustąpił z Zarządu. Miejsce jego zajął obecny prezes prof. Anatomji Patologicznej Dr. K. Opoczyński, który w dalszym ciągu niestrudzenie prowadzi dzieło odnowy T-wa. Zapoczątkował mianowicie uporządkowanie Biblioteki, na co uzyskał zasiłek z Min. Wyzn. R. Ośw. Publ. oraz wydawnictwo Pamiętnika T-stwa, miesięcznika, którego zeszyt I-szy ukazał się w październiku. Niestety działalność ta natrafia na przeszkody natury finansowej. Skutkiem braku środków sporządzanie katalogów księgozbioru od września musiało być przerwane na 801 Nr. t. j. skatalogowano zaledwie jakąś 12-tą część książek.

ST. TRZEBIŃSKI—WILNO.

Myśl lekarska w archiwum Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego według wykładu wygłoszonego na obchodzie 120-to letniej rocznicy Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 13 grudnia 1925 r.

Wiadomo, że za tak zwanych starych dobrych czasów wspaniale na ogół obchodzono imieniny. Na wschodnich kresach dawnej Rzeczypospolitej, gdzie kalendarz Gregorjański żył jeszcze w tradycji obok urzędownie obowiązującego kalendarza Juljańskiego, święcono rodzinne rocznice nieraz według obu stylów kolejno, a goście, którzy dopiero niedawno bawili się u pani Marszałkowej na „polską” Ś-tą Zofję, w niespełna dwa tygodnie zjeżdżali się znowu, aby powtórnie wnosić toasty za zdrowie gospodyni na „ruską” Ś-tą Zofję. Zdarzało się nawet niekiedy, że według takiej podwójnej buchhalteryi obchodzono urodziny. Dziś okoliczności uległy radykalnej zmianie, a niejeden z tych, co niegdyś w podobny sposób imieninowali, teraz namyśla się, czy na te ledyne pozostałe imieniny ma wyjechać, czy też w domu pozostać. Jednakże poza czysto towarzyską, kulinarną i ewentualnie choreograficzną stroną, owe uroczystości posiadały i posiadają jeszcze inne, głębsze znaczenie. Pierwotnie to rocznica o charakterze religijnym, dzień, w którym należy zrobić rachunek sumienia z całego roku minionego, zastanawiając się jednocześnie nad tem, jak się w następnym roku żyć powinno. — W takim sensie zwykle pojmują swe imieninowe, czy też urodzinowe święta ciała zbiorowe, a jeśli dziś Wileńskie Towarzystwo Lekarskie obchodzi swe stodwudziestolecie, to czyni to przede wszystkim w celu rozważenia wyników, osiągniętych w przeszłości, oraz uświadomienia sobie całego ogromu pracy, pozostającej do zrobienia.

Zwięzły zarys dziejów naszych miało Szanowne Audytorjum sposobność wysłuchać dopiero co z ust czcigodnego mego przedmówcy, mnie przypadło w udziale zadanie wypowiedzenia się na temat historii myśli lekarskiej w pracach naukowych Towarzystwa w ciągu długiego, jego żywota.

Systematyczny przegląd całej stodwudziestoletniej działalności z tego punktu widzenia nietylko przerasta moje słabe siły, lecz też wychodzi z ram trzykwadransowego wykładu. Wobec tego nie pozostało mi nic innego, jak bardzo daleko idące ograniczenie pierwotnych aspiracyj. Zamiast całego tuzina dziesięcioleci postanowiłem wykorzystać tylko pierwszych lat 50, a zamiast wszystkiego, co w owym okresie z łona towarzystwa wyszło, uwzględniłem jedynie tylko prace, znajdujące się w archiwum, a traktujące o tematach, dotyczących medycyny wewnętrznej. Ponieważ jednak w takim nawet ograniczeniu materiał zawsze jeszcze pozostawał za wielkim, abym mógł takowy oświetlić i ocenić należycie w krótkim przemówieniu, wypadło stosować dalszą redukcję i ostatecznie zdaje Państwu sprawę z siedmiu tylko rękopisów archiwalnych.

Wszystkie te prace posiadają pewne wspólne cechy. Większości ich nigdy nie drukowano, a autorami ich nie są „nasi znani” i „nasi sławni”. Jest przytem jeden nielekarz. Słowem, jeżeli to dzieje medycyny, to w każdym razie „gminne dzieje”.

Czy to właściwy sposób traktowania historii? — Nie wiem, wiem tylko, że do takiego właśnie sposobu zawsze mnie coś ciągnęło i ciągnie. Ilekroć zaś zacznę wątpić, czy słusznie postępuję, przychodzą mi na myśl już nie natchnione słowa Wajdeloty o pieśni gminnej „arce przymierza“, lecz na znacznie niższą nutę nastrojony, choć również Mickiewiczowski ustęp z Popasu w Upicie—o charakterze nie patetycznym, lecz raczej elegijno-melancholijnym:

„A pomyślałem w duszy, cóż są gminne dzieje?
Popiół, w którym zaledwie iskra prawdy tleje.
Hieroglif, mchem zarosłe zdobiący kamienie,
Napis, którym spowite usnęło znaczenie;
Odgłos sławy, wiejący przez lat oceany,
Odbity o wypadki, o kłamstwa złamany,
Godzien śmiechu uczonych, lecz nim się zaśmieje,
Niechaj powie uczony: czem są wszystkie dzieje“?

A więc, może się mylę, ale przynajmniej w dobrym towarzystwie.

Jak wyglądają te gminne dzieje pod kątem widzenia myśli lekarskiej? Najprzód dział chorób zakaźnych; dwie prace, przysłane towarzystwu z Warszawy 1826—28 roku, opisujące chorobę endemiczną w kawalerji rosyjskiej gwardji w tem mieście 1826 roku grasującą.

Autorem pierwszej jest Jan Oczapowski, znany potem więcej, jako jeden z ostatnich Mohikanów polskiej kołtunologii. Tytuł pracy brzmi: „Opisanie gorączki zaraźliwej, panującej w pułkach kawalerji rosyjskiej gwardji“, a chorobę scharakteryzowano, jako „Febris rheumatica typhoides“, drugiej Hipolit Drzewicki: Kilka postrzeżeń ze szpitala głównego Gwardji Rosyjskiej Ujazdowskiego w Warszawie, a choroba tu nazwana „Febris pustulosa maligna“. Na marginesie pierwszego rękopisu napis ołówkiem: „piękne postrzeżenie Oczapowskiego o nosaciznie ludzkiej—drukować“ podpis litera A. (zapewne Adamowicz). Swoją drogą chyba nie drukowano, przynajmniej praca ta nie figuruje w spisach publikacyj Oczapowskiego. Na drugiej takąż notatka, już podpisana całym nazwiskiem Adamowicza. „Jest to nosaczna ludzka, od koni tylczakowych pochodzić mogąca“. Ta druga praca ukazała się wprawdzie w I tomie Pamiętnika Tow. Lek. Warsz., w niniejszej ocenie trzymać się jednak będę rękopisu, przechowywanego w naszym archiwum.

Dlaczego autorowie, obaj wychowañcy Uniw. Wileńskiego, nie scharakteryzowali odrazu choroby, przez się opisywanej, jako nosaczny, którą ona bez wątpienia była?

Że nosaczna jest chorobą zaraźliwą i udzielającą się od koni ludziom, o tem wiadano już w starożytności. Potem świadomość ta się zatraciła i dopiero w r. 1812 Lorin *) na nowo stwierdził zaraźliwość dla ludzi tej choroby. Trzeba też pamiętać o tem, że wówczas nie wszyscy uważali t. n. „Tylczak“ za to, za co my go uważamy, a więc za chroniczną postać nosaczny. Jeszcze

*) „Observation sur la communication du farcin des chevaux aux hommes - Journal de médecine, chirurgie et pharmacie“ wedł. podr. Wassermann u Kolle.

w siódmym, a nawet ósmym dziesięcioleciu minionego wieku niektórzy weterynarze widzieli w nim weneryczną chorobę koni. O pracy Lorina mogliby wprowadzić coś wiedzieć Oczapowski i Drzewicki w r. 1826 — 28, ale widocznie jej nie znali. Możliwe, że nie słyszeli oni nic o zaraźliwości nosacizny na uniwersytecie Wileńskim, gdzie przecież Bojanus wykładał weterynarię na wydziale lekarskim po 9 godzin tygodniowo na 4-tym kursie — co prawda razem z anatomją porównawczą. Ale bez wątpienia jeszcze dziwniejszą jest rzeczą, że według zapewnień Drzewickiego „weterynarze ogólnie twierdzą, iż ta choroba na ludzi przenosić się nie może”. Służąc w wojsku, musiał się on stykać przede wszystkim z weterynarzami wojskowymi, a zwłaszcza tymi, co wówczas funkcjonowali w pułkach kawalerji gwardji rosyjskiej, konsystujących w Warszawie, z czegooby wynikało, że erudycja tych panów wówczas wysoką nie była. Otóż zapewne owe kategoryczne twierdzenia weterynarzy, a więc jakby się здаwało, ludzi w tym kierunku najkompetentniejszych, musiały tak zasugerować autorów, że odrzucają obaj przypuszczenie nosacizny ludzkiej u swoich chorych, choć obaj o niej myślą i choć ono wprost się narzucało ze względu na okoliczności. Chorowali na nią tylko kawalerzyści, a pomiędzy nimi było sporo takich, którzy byli przykomenderowani do szpitala końskiego i stale pielęgowali tyłczakowe konie; u Oczapowskiego 2 na 6, u Drzewickiego 3 na 8. Trudno było przypuszczać, że to prosty zbieg okoliczności, tem więcej, że pierwszy zaraz chory Oczapowskiego właśnie do tej kategorii należał. Że inni chorzy w szpitalu końskim nie pracowali, to autorowie wysuwają, jako argument przeciwko zarażeniu się tyłczakiem, co jest już błędem rozumowania t. n. „petitio principii” bo stosując tę okoliczność, jako dowód, trzebaby było wprzód wykazać, że ludzie ci wogóle nie stykali się z końmi tyłczakowymi. Tymczasem jest rzeczą jasną, że chore konie przeprowadzeniem do lazaretu w ogólnych stajniach mogły żołnierzy zarażać. Jako inne argumenty, mające świadczyć przeciwko zarażeniu żołnierzy przez konie, przytaczają autorowie tę okoliczność, że nigdy nie zaraził się żaden z weterynarzy wojskowych, nawet ci, co wykonywali sekcje koni tyłczakowych, a przeciwko kontagjalnemu charakterowi endemji ludzkiej, przez nich obserwowanej, że od ludzi chorych, leczonych w szpitalu, nie zaraził się żaden inny chory, na tej samej sali przebywający, żaden lekarz pomimo bliskiego kontaktu z chorymi, ani wreszcie nikt z niższego personelu szpitalnego. U jednego posługacza, pielęgnującego żołnierza z licznymi wykwitami skórnymi, utworzyły się wprawdzie na przedramieniu dwa pryszczki, podobne do tych, które widziano u pacjenta, jednakże pryszczki te zagoiły się bez dalszych następstw po przypalaniu „ferro candente”. (Drzewicki *). Wreszcie wprawdzie z 8 chorych tego autora wszyscy zmarli, Oczapowski miał jednak jedno wyzdrowienie na 6 pacjentów, coby się nie było zdarzyło, gdyby chodziło o nosaciznę, chorobę bezwarunkowo śmiertelną. Ostatni argument dziś dla nas nie jest rozstrzygającym, wiemy bowiem, że niektóre postacie nosacizny i ludz-

*) Jeden z chorych Oczapowskiego zaraził się widocznie od chorego kolegi — ten pacjent wyzdrowiał także.

kiej, i zwierzęcej przecież mogą się skończyć wyzdrowieniem. Wówczas o tem nie wiedzano, a to bez wątpienia należy zapisać, jako okoliczność usprawiedliwiająca pomyłkę diagnostyczną. Czy takie znaczenie mamy prawo nadać argumentom, poprzednio powołanym? Wnioskowanie autorów wykazuje tu pewien brak ścisłości logicznej, dający się łatwo wytłómaczyć, lecz domagający się zaznaczenia, chociażby dlatego, że popełniamy go dziś także, nie rzadziej zapewne niż przed 100 laty. Stwierdzenie zarażenia się jednej istoty od drugiej to ustanowienie związku pomiędzy dwoma zjawiskami. Od najdawniejszych czasów wiedzano, że związek ten wymaga pewnych sprzyjających okoliczności, innemi słowy, że od osobnika cierpiącego na chorobę, notorycznie zaraźliwą i kontagjalną, nie zawsze zarażają się (mówię tu o zarażeniu w sensie wywołania analogicznej choroby) wszyscy ci, co się z nim stykali. Wobec tego zaś mniejsza nawet liczba przypadków, gdzie wystąpienie owego związku dawało się ustanowić z wielkiem prawdopodobieństwem (zapadnięcie szeregu żołnierzy, pielęgnujących konie tylczakowe), powinnyby posiadać większą siłę dowodową od przypadków ujemnych, choćby nawet liczniejszych.

Przeszedłszy do porządku dziennego nad nosacizną nasi autorowie, czuli się przecież zobowiązani do umieszczenia choroby, obserwowanej przez się, w jakiejś rubryce klasyfikacyjnej, czyli do jej nazwania. Dawało się to uczynić w dwojaki sposób. Nie wiedząc nic pewnego o etiologii procesu, można było taką etiologję przypuścić, a, gdzież ją łatwiej znaleźć, niż w pojęciu etiologii reumatycznej, tym wielkim garnku, w którym wówczas mieściło się jeszcze więcej, niż dziś, rzeczy nieznanych? Tą drogą poszedł Jan Oczapowski, powołując się zresztą na mistrza Franka. Ponieważ chorzy gorączkowali, nic dziwnego, że to była „febris rheumatica”, a że gorączka była nieraz ciężka, połączona niejednokrotnie z zamroczeniem świadomości, wypadało jeszcze dodać epitet „typhoides”.

Inną drogą poszedł Drzewicki. Zrezygnowawszy — zapewne słusznie — z etiologicznej klasyfikacji, zaklasyfikował on swe przypadki objawowo, według symptomów, najwięcej rzucających się w oczy, a z tego punktu widzenia miał w istocie rację mówić o „febris pustulosa maligna”. Przecież i jemu nasuwały się pewne etiologiczne refleksje. Myśli on mianowicie, że do ustroju ludzi, stale przebywających w stajniach, gdzie się znajdują chore konie, mogą się dostać ich wyziewy (a więc miazmaty), króre, narazie nie szkodząc w sposób widoczny, przechowują się tam przez czas dłuższy. Dopiero pod wpływem zewnętrznych osłabiających czynników (wycieńczenia, zaziębienia, pijaństwa i t. p.), występuje ich działanie, wywołujące chorobę. Myśl ta zasługuje na podniesienie, aczkolwiek bez wątpienia nie pierwszy Drzewicki ją wypowiedział. Jest to przeczcucie tego, co dziś stało się faktem naukowym. Wiemy, że człowiek nosić może przez czas dłuższy w swym ustroju bezkarnie różne chorobotwórcze mikroorganizmy, np.: zarazki dyfterji, zapalenia płuc, prątki okrężnicowe i t. d., które dopiero dzięki zadziałaniu wpływów okolicznościowych rozwijają szkodliwą działaność.

Przejdźmy do innej choroby zakaźnej, a mianowicie cholery. Z wybranych przezemnie rękopisów 3 nią się zajmują. W archiwalnych naszych zbiorach

znajdujemy rosyjski rękopis pracy Romana Czetyrkina, głównego inspektora służby zdrowia w Królestwie Polskim, nadesłany z Warszawy i przedłożony Wil. Tow. Lek. 12.IV.1837. Tytuł „Myśli o cholery”. Praca ta, zresztą drukowana w Warszawie po polsku i rosyjsku, zawiera elektryczną teorię pomienionej choroby. Przyczyną jej są zmiany biegunowości galwanicznej. Biegun dodatni (ekspansywne działanie) zwrócony u zdrowego człowieka na wewnątrz, zwraca się pod wpływem zaburzeń elektryczności atmosferycznej na zewnątrz. Biegun ujemny (działanie kontrakcyjne) ulega w podobnych okolicznościach zmianie w sensie odwrotnym. Dzięki temu w ustroju występują objawy kontrakcyjne (spastyczne) cechujące cholery, a więc wymioty, biegunka, kurcze, ochłodzenie skóry i t. p.

Skąd pan inspektor główny służby zdrowia wpadł na taką kombinację? Oczywiście sam jej nie wymyślił, przystosowując do patogenyzy cholery tylko to, czego uczyła szkoła naturfilozofji. Kierunek ten, modny w Niemczech w początku XIX wieku, opierający się na t. n. „Identitätslehre” Schellinga, według której to nauki subjekt i obiekt; a więc jaźń moja i cały świat zewnętrzny to w gruncie rzeczy jedno i to samo, w dalszej konsekwencji pozwalał na odtwarzanie ze świadomości myślącego subjektu całego świata zewnętrznego, a więc też wszystkich praw natury, pomiędzy temi prawami zaś nauka o biegunowości zajmowała właśnie jedno z miejsc naczelných. Jak wiadomo, naturfilozofja odgrywała poważną rolę w historii myśli lekarskiej niemieckiej, z Niemiec promieniując na wschodnie sąsiednie krainy.

Podobne oddźwięki naturfilozofji w postaci galwanicznej teorii cholery znajdujemy też w innej pracy na ten sam temat, przedłożonej towarzystwu w 10 lat później 1847 r. przez Djonizego Jakutowicza, byłego nauczyciela fizyki w Łucku, pod tytułem „O cholery”. Tym razem w pracy owego dyletanta lekarskiego godniejszą uwagi od samej teorii będzie zapewne terapia cholery. Radzi on mianowicie wsadzać chorych, cierpiących na początkowe okresy tej choroby, na wózek i obwozić kłusem jak najdłużej po drogach, które w roku Pańskim 1847 zapewne nie wiele musiały być lepsze od dzisiejszych. Pan Jakutowicz twierdzi, że tą metodą wielu chorych wyleczył. Jak się na nią zapatrywało Wil. Tow. Lek., nie wiem, bo w archiwum nic więcej w tej sprawie nie znalazłem.

Trzecia praca o cholery pochodzi z 1853 r. Wyszła ona z pod pióra D-ra Mieczysława Makowskiego. Tytuł jej: „Kilka słów o cholery, grasującej w Wiłkomierzu”. O Makowskim w dostępnych mi źródłach głucho, a szkoda, bo to może najlepsza ze wszystkich tych prac, które dzisiaj wypadło mi omawiać. Niema tam mowy ani o biegunowości, ani wogóle o żadnej teorii cholery; natomiast uważna, trzeźwa i staranna obserwacja paruset przypadków, dająca autorowi prawo do krytycznego wypowiedzenia się w sprawie odnośnych cudzych opinij. Tak więc, wbrew ogólnej wierze, nie zauważył on znikania z miejscowości, epidemją objętej, ptactwa, nie mógł też dopatrzeć się żadnych odchyleń w przebiegu innych okolicznościowych (interkurrentnych) chorób pod wpływem cholery. (Sydenhamowski „genius epidemicus”). Nie widział też ani razu, wystąpienia t. z. „cholera sicca”, piorunującej postaci, zabijającej w ciągu krót-

kiego czasu, bez objawów ze strony przewodu pokarmowego, którą z tej racji—co prawda nieco nieostrożnie—skłonny jest uważać za bajkę. Oczywiście w niejednym ze swych wniosków może się autor mylić, a terapia jego naturalnie także nieraz dość daleko odbiega od tego, co byśmy dziś uważali za wskazane, ale na ogół praca napisana właśnie tak, jak powinny być pisane spostrzeżenia lekarskie i nic dziwnego, że zupełnie szczerze chwali ją Adamowicz, który ją Towarzystwu referował.

Mówić o medycynie Wileńskiej z pierwszej połowy XIX w., a nie wspomnieć o kołtunie—to byłoby poprostu przestępstwo wobec historii. Przypatrzmy się więc z kolei dwom pracom kołtunologicznym.

Jedna z nich to „Myśli i uwagi nad przyczyną, własnością i sposobem leczenia kołtuna” przez Jana-Alexandra Bernarda (ówczesnego inspektora lekarskiego Wileńsko-Litewskiego. Rękopis, znajdujący się w naszym archiwum, jest polskim tłumaczeniem oryginału niemieckiego, dokonane przez Adamowicza, wtedy więc w r. 1817/18, zaledwie 16-to letniego młodzieńca. Wiek wczesny tłumacza usprawiedliwia niewyrobiany styl i liczne błędy językowe polskiego tekstu. Co się tyczy treści, to autor wykazuje skłonność do chemicznych koncepcyj w patologii. Patogenezę kołtuna chciałby on upatrywać w nadmiarze azotu a niedostatku tlenu w powietrzu atmosferycznym. Znamy tę melodię. To powrotna fala iatrochemji. Pierwsza, jak wiadomo, narodziła się jeszcze w wieku XVII pod wpływem dawniejszych chemicznych fantazyi Paracelsa i późniejszych istotnych odkryć van Helmonta. Drugą powołały do życia w końcu XVIII i początku XIX w. wyniki badań całego szeregu wielkich chemików, np. Priestleya, Scheelego, Lavoisiera. Jednakże wtedy nawet zamało jeszcze znano naukowych faktów, aby na ich podstawie można było zbudować całą patologję. Amatorzy chemiczno-lekarskich systemów musieli uciekać się do nieuzasadnionych przypuszczeń.

We Francji odznaczył się w tym kierunku Jean-Baptiste Baumès, w Niemczech zwłaszcza Gottfried-Christian Reich, według którego wszystkie gorączkowe choroby miały być następstwem właśnie nadmiaru azotu i niedostatku tlenu. Nietrudno wobec tego ustalić pochodzenie teoryi kołtuna, przez Bernarda reprezentowanej.

Znacznie późniejszej daty jest druga praca na ten sam temat, napisana po łacinie i nadesłana towarzystwu 1839 roku przez członka jego, lekarza I klasy Mikołaja Rodkiewicza, praktykującego w Słonimie. Autor najprzód polemizuje z Karolem Marcinkowskim, który w rozprawie, wydanej 1836 r. w Krakowie, kołtun uważał nie za odrębną chorobę, lecz za krytyczny okres rozmaitych chorób. Rodkiewicz w myśl opinii Franka, dla którego, podobnie, jak zresztą wszyscy prawie uczniowie jego, pełen jest pietyzmu, nazywając go „clarissimus magister” nie zgadza się na takie pojmowanie kołtuna, widząc w nim chorobę „sui generis”. W licznej dość kazuistyce znajdujemy na str. 26 historję choroby „kobiety, cierpiącej na owrzodzenia gardła i caries” kości nosowych. Na dobro kolegi Rodkiewicza należy zapisać, że w tym razie myślał on trochę o przymiocie. Przynajmniej zaordynował rtęć. Niestety nie było natychmiastowego

efektu leczniczego, a nawet jakoby wystąpiło pewne pogorszenie. Ta okoliczność wystarczyła, aby go przekonać, że tu nie chodzi o syfilis, lecz o kołtun, który, jak wiadomo, charakteryzuje się właśnie tem, że rtęci nie znosi. Przerwawszy podawanie tego środka, zaordynował więc naturalnie zapuszczenie kołtuna, co pacjentki oczywiście nie uchroniło od zapadnięcia się nosa, a ze strony referenta pracy Rodkiewicza w towarzystwie lek. D-ra Ludwika Wróblewskiego, wywołało opozycję. Ten ostatni mianowicie uważa, że autor myli się, twierdząc, jakoby kołtun rtęci nie znosił. Przeciwnie referent niejednokrotnie stwierdzał wyraźny pożytek ze stosowania rtęciowych preparatów w sprawach kołtunowych. Widocznie nie zrażał się on tak prędko do tego leku, albo może szczęśliwszy od Rodkiewicza, rzadziej miewał do czynienia z nadmierną na ten środek wrażliwością. Skąd inąd zdaje się, że dla naszego autora nie musiał on być przychylnie usposobionym, gdyż wyraża się kilkakrotnie, że po tem, co powiedział o kołtunie „nieśmiertelny Frank“, praca referowana nic godnego uwagi do nauki nie wnosi. Zadziwiłby się kolega Wróblewski niepomąłu, gdyby w kilkadziesiąt lat potem, musiał się przekonać, że i w to, co o kołtunie pisał „Nieśmiertelny Frank“ nikt już nie wierzy.

A teraz, jaki sens moralny wysnuć mielibyśmy prawo z tej retrospektywnej wystawy dokumentów lekarskich, dziś już dobrze myszką trącających? Dokumenty te brałem kolejno, przeważnie według chronologicznego porządku, właściwie ich nie wybierając, eliminując tylko te, które nie dotyczyły medycyny wewnętrznej, albo dając się zaliczyć do jej działu, nosiły charakter nadto już kazuistyczny. Tak więc materiał to okolicznościowy, taki sam mniej więcej, jak ten, który dostarcza tematów dzisiejszym naszym referatom i odczytom. Wyobraźmy sobie zatem, jakby on wyglądał w obecnem ujęciu i opracowaniu, oraz, jakie różnice zaszłyby w samym materiale ze względu na odmiennie przedstawiającą się sprawę rozpoznawania i leczenia odnośnych chorób.

Wrócimy do prac Oczapowskiego i Drzewickiego. Bez wątpienia dziś nowoczesny „Adamowicz“ towarzystwa nie potrzebowałby już prostować diagnoz, mylnie przez obu autorów postawionych. Oni sami byliby swe obserwacje właściwie zatytułowali, powołując się nie tylko na warunki epidemiologiczne i znany już dziś dokładnie kliniczny przebieg nosaczyny ludzkiej, lecz też przede wszystkim na wynik badań bakteriologicznych. A może dziś nie do pomyślenia by były w ogóle podobne obserwacje w takich okolicznościach? W początkowych okresach rządów bolszewickich w Rosji opowiadano tam wprawdzie wiele o masowych epidemjach nosaczyny ludzkiej, powstałych dzięki sprzedawaniu mięsa chorych koni, oraz o drakońskich metodach, stosowanych względem dotkniętych tą straszną chorobą ludzi przez władze sowieckie. Zapewne wieści te były mocno przesadzone, ale niema dymu bez ognia, nieco prawdziwych faktów dałoby się więc może z nich wyłuskać. Tylko to całkiem inne okoliczności. Obserwacje Oczapowskiego i Drzewickiego nie pochodzą z czasów rewolucyjnego chaosu, z epoki, kiedy nic z tego, co niedawno jeszcze było porządkiem, nie znajdowało się już na swem miejscu, lecz z roku 1826, kiedy w wojskowych oddziałach, czy to polskich, czy rosyjskich, zwłaszcza w War-

szawie konsystujących, utrzymywała ład i porządek, aczkolwiek nieraz czysto zewnętrzny, żelazna pięść W. Ks. Konstantego. Otóż dyscyplina w naszej wojskowości dziś jest zapewne bez porównania łagodniejsza, a tego—daj Boże tylko „zewnątrznego”—porządku, myślę, że także mniej, niż wówczas. Przecież dziś taką endemię nosacizny, szerzącą się w stolicy między żołnierzami, uważalibyśmy za okropny skandal. Bo chyba prędko po stwierdzeniu nosacizny między końmi wykrytoby wszystkie chore zwierzęta i wystrzelanoby je, usuwając w ten sposób możliwość zarażania się ludzi. Ale cała sprawa posiada też stronę inną. Dajmy na to, że wbrew przekonaniu, dopieroco wypowiedzianemu, przecież zaraziłaby się nosacizną pewna liczba żołnierzy. Leczonoby ich, to rzecz pewna, inaczej, niż swych chorych kurowali Oczapowski i Drzewicki, rezultat leczenia pozostałby z tem wszystkiem przypuszczalnie mniej więcej takim samym, jak przed stu laty. Środka skutecznego przeciw nosaciznie, już rozwiniętej, dziś nie posiadamy. podobnie, jak go nie posiadano wówczas. Innemi słowy rozpoznawanie tej choroby i zapobieganie jej zrobiło znaczne postępy, leczenie właściwie żadnych — tylko może nadzieja, że kiedyś odpowiednie metody lecznicze posiadziemy, teraz więcej jest usprawiedliwiona, niż w roku Pańskim 1826.

Prace Czetyrkina i Jakutowicza, gdyby je dziś ktoś głośno przeczytał na zebraniu naszego towarzystwa, nie omieszkalyby wywołać efektu humorystycznego. Jednakże, gdyby z drugiej strony utrzymywał się jeszcze u nas dawny a bez wątpienia nie najgorszy zwyczaj — dawania takich prac do zreferowania i zaopiniowania któremuś z naszych członków, mam nadzieję, że ten ktoś, zaznaczywszy na wstępie etjologiczne znaczenie wibrjona Kocha, jako fakt naukowy, dziś wszystkim dostatecznie znany, sprawy ewentualnych wpływów innych czynników, a więc chociażby elektryczności atmosferycznej, nie zbyłby kpinami, lecz powiedział poprostu, że mu tymczasem nic o tem nie wiadomo. Takie ujęcie sprawy byłoby też jedynie właściwem, zgadzając się z zasadą, często wprowadzie zaniedbywaną, tem więcej przecież na pamięć zasługującą, a głoszącą, że łatwiej stwierdzić istnienie związku pomiędzy dwoma fenomenami, niż wyłączyć możliwość istnienia takich związków pomiędzy jednym z nich a nieskończoną wielością innych zjawisk, dopóki każdej z takich ewentualności nie poddamy wyczerpującej krytyce.

Czy przebieg cholery w Wiłkomierzu, tak poprawnie na ogół opisanej przez D-ra Mieczysława Makowskiego, byłby dziś „ceteris paribus” pomyślniejszy niż w roku 1853? Autor poza jednym faktem, o którym jeszcze mówić będziemy, nic nie wspomina o stanowisku, zajętem przez władze sanitarno-policyjne w celu zwalczania tej, zresztą według jego własnego zdania, stosunkowo nie nazbyt ciężkiej epidemii. Dziś, niewątpliwie, sprawa ta w owych kołach znalazłaby większe uwzględnienie. Kilku dygnitarzy właściwych resortów odbyłoby wycieczki, nie do Wiłkomierza wprowadzie, leżącego według dzisiaj obowiązującej geografii poza granicami Rzeczypospolitej, lecz do miasteczka ewentualnie zarazą dotkniętego, mogącego być pod względem wielkości, liczby mieszkańców, zwłaszcza zaś warunków sanitarnych, krzyczących wielkim głosem o pomstę do bogini Higiei jednym z tak licznych u nas ekwiwalentów ówczesnego Wiłkomie-

rza. Wydelegowanoby tam bakterjologa z termostacikiem, pożywkami, barwnikami i mikroskopem, a może też zarządzonoby masowe szczepienia „ochronne”. Przypuszczam, że po pewnym czasie postaranoby się też o parę odczytów popularnych, w których namawlanoby ludność do używania przegotowanej zamiast surowej wody, oraz do dezynfekowania wypróżnień chorych, brudnej bielizny i t. d. za pomocą różnych chemikalij, o które zresztą zapewne wypadałoby się własnym przemysłem wystarać każdemu interesowanemu. Myślę, że te wszystkie sposoby może nawet z pewnym pożytkiem zastąpiłyby te, które prawdopodobnie wówczas tam stosowano, a mianowicie palenie ognisk, mocno dymiących na czterech rogach miasteczka, oraz konfiskowanie na targu u przekupek owoców i jarzyn surowych przez policjantów, którzy je zresztą następnie zapewne ze swemi rodzinami w spokoju ducha spożywali. Czy zdobyłoby się zaś dzisiaj na coś, co zrobił ówczesny marszałek powiatowy, a czemu D-r Makowski, może nie bez słuszności, przypisuje względnie prędkie wygaśnięcie cholery i nie rozprzestrzenienie się jej na wsie okoliczne — to wydaje mi się rzeczą wątpliwą ze względu na fatalne finansowe stosunki. Dygnitarz ów mianowicie zebrał pomiędzy obywatelstwem swego powiatu 500 rubli, które wystarczyły na wydawanie ubogiej ludności miasteczka raz na dzień gorącej zupy oraz dobrze wypieczonego chleba. Natomiast jestem pewien, że dziś z tej racji zapisanoby więcej papieru kancelaryjnego, choć wówczas także przecież lubiono i umiano pisać. Koniec końcem, nie chcę bynajmniej twierdzić, że obecnie (przypominam, że mówię o ekwiwalencie Wiłkomierza — nie zaś o Warszawie lub Poznaniu) dzięki odpowiednim zarządzeniom władz sanitarnych, epidemia nie miałaby przebiegu nieco pomyślniejszego, niż przed siedemdziesięciu kilkulety. Ale, jakby było z leczeniem? D-r Makowski teraz na pewnoby nie puszczał krwi swoim chorym, nawet w „stadium typhosum”, i nie szafowałby „larga manu” emetykiem we wczesnych okresach. Natomiast bardzo sumiennie kłułby skórę swych pacjentów rozmaitemi „zastrzykami”. Aptekarz miejscowy robiłby zupełnie dobre interesy na kamforze. Czy zaś ostatecznie udałoby się temu koledze za pomocą dzisiejszych metod terapeutycznych więcej chorych ocalić (bo twierdzi on, że za pomocą ówczesnych ocalił ich sporo), na takie pytanie nie potrafię dać stanowczej odpowiedzi, wolę więc zachować dyplomatyczne milczenie.

Porównanie tego, co było wówczas, z tem, coby się działo prawdopodobnie teraz, nie w jakimś idealnym środowisku, lecz w małym miasteczku kresowem, prowadzi nas do przekonania, że koniec końcem pomiędzy przebiegiem cholery wówczas i dzisiaj bardzo wyraźnej różnicy możeby nie było.

Smutnoby zakończyć pod takim wrażeniem nasze rozważania i Bogu dzięki, że wpadły mi do ręki owe prace o kołtunie. Możemy rozjaśnić zachmurzone twarze. Żaden lekarz, nawet z najgłuchszej prowincji nie kazałby swoim pacjentom dziś zapuszczać kołtuna. Gdyby się zaś ktoś zgłosił się doń z ulceracjami podniebienia, czy gardła lub przełyku, oraz podejrzanym procesem w nosie, to nie dając się zrazić brakiem natychmiastowych pomyślnych rezultatów terapii rtęciowej, w razie potrzeby zastosowałby on jod, preparaty

salwarsanowe i możeby zdołał ocalić od zeszpecenia i kalectwa ową nieszczęśliwą istotę. A takich kołtunowych pacjentów zapewne koledzy Bernard, Rodkiewicz i inni, skąd inąd zasłużeni i dzielni lekarze ówcześni, miewali więcej. I tu widzimy rzetelny postęp, gdyż jest nim obalenie fikcji, tem niebezpieczniejszej, że ona właśnie, dając pozorną odpowiedź na wątpliwości diagnostyczne, uspasabiała lekarzy do bezczynności, której następstwem musiały być liczne ofiary. Ale, sięgnąwszy wzrokiem poza szczupłą liczbę przypadków na tem miejscu omawianych, będziemy musieli zgodzić się na to, że takich „postępów” jest więcej. Pomimo tego wszystkiego, co się dziś pisze i mówi o surowicy antydyterycznej, każdy z nas, co, zaczawszy praktykę jeszcze w przedsurowiczym okresie, potem sam miał sposobność obserwowania wyników tej terapii, na podstawie bezpośrednich własnych wrażeń, bardziej przykonywających od wszelkich statystyk, nabrał przekonania, że to istotny i potężny środek leczniczy, Insulina daje nam niejednokrotnie możliwość ratowania życia chorych, poprzednio nieodwołalnie straconych. Opoterapia daje efekty lecznicze, aczkolwiek niezawsze trwałe, to przecież dawniej wogóle nieosiągalne, a wreszcie udoskonalenie metod diagnostycznych pozwala na wczesne rozpoznawanie schorzeń, wymagających interwencji chirurgicznej, która dzięki temu święci dziś również triumfy, dawniej nieznane.

To też niniejszą wystawę retrospektywną archiwum naszego Towarzystwa mamy prawo zakończyć nie westchnieniem zniechęcenia, lecz pełnem otuchy twierdzeniem: a przecież idziemy ku lepszemu.

Z Kliniki chirurgicznej (Kierownik Prof. Dr. K. Michejda) i ocznej (Kierownik Prof. Dr. J. Szymański) Uniwersytetu Wileńskiego.

Rhabdomyoma Orbitae.

Podali Dr. J. Tymiański, adjunkt Kliniki chirurgicznej, Dr. I. Abramowicz, starszy asystent Kliniki ocznej.

Mięśniaki prążkowano-komórkowe (szkieletowe) należą do nader rzadko spotykanych nowotworów. Osobliwą rzadkość przedstawia rhabdomyomat, wychodzący z mięśni prążkowanych oczodołu. Dotąd opisano tylko 4 przypadki takich nowotworów. Są to przypadki *Zenkera*, *Beyera*, *Mohra* i *Redsloba*. *Lagrange* w *Encyclopedie Francaise d'ophtalmologie* przytacza jeszcze przypadki *Jenningsa* i *Bocchi'ego*, lecz według *Redsloba* na podstawie obrazu histologicznego, nie można ich zaliczyć do powyższej grupy nowotworów.

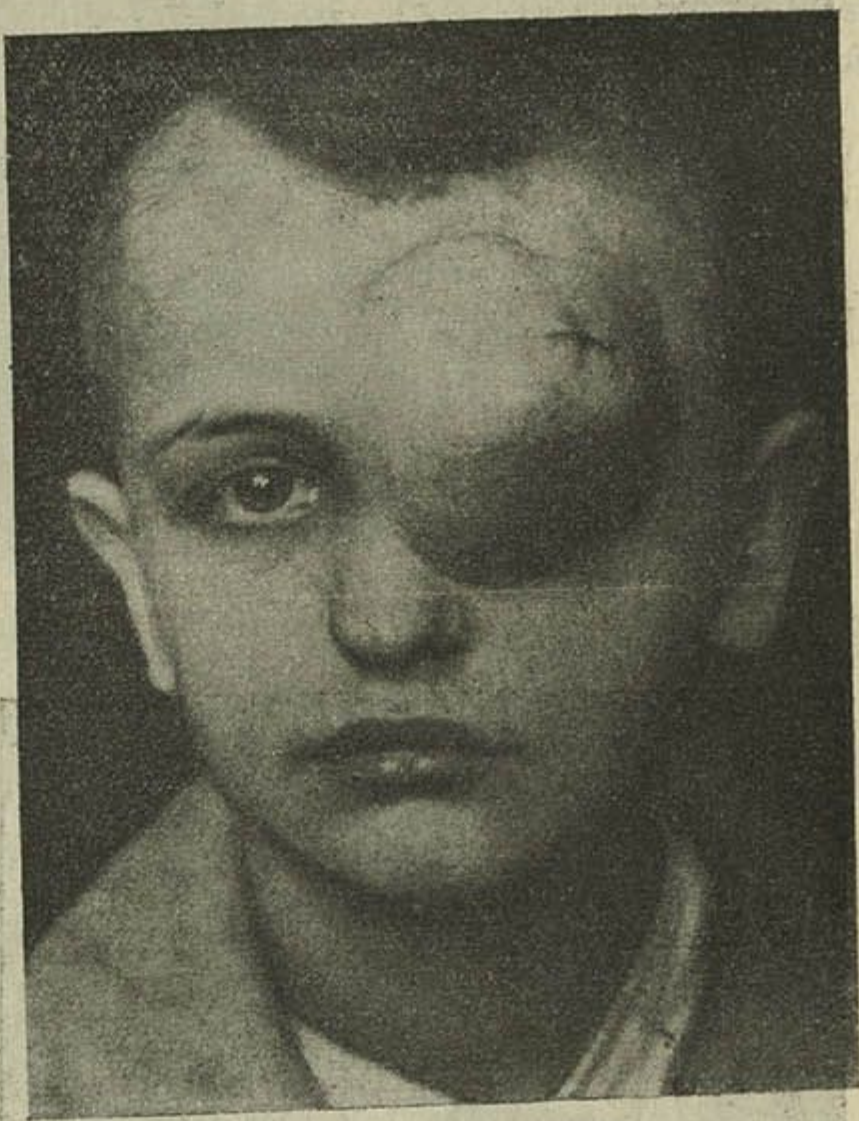
Jedyny w piśmiennictwie (*Schreiber*) jest przypadek mięśniaka prążkowano-komórkowego mięśnia okrężnego powieki, opisany przez *Schnaudigela*, gdzie mały twór wielkości gradówki dał w 1½ roku po operacji nawrót, znacznie przewyższający w swoich rozmiarach pierwotny nowotwór.

Spostrzegany przez nas przypadek jest zatem 5-tym z rzędu mięśniakiem prążkowano-komórkowym oczodołu. Dotyczył on chorej B. F. — 14 lat, wieś-

niaczki, która zgłosiła się do Kliniki chirurgicznej 4. III. 1925 r. z powodu nawrotu guza lewego oczodołu. W wywiadach stwierdzono, że przed 9 laty zauważono u chorej guzek nad lewym okiem, który wypierał gałkę oczną. Chora była operowana 3 razy; po ostatnim zabiegu, dokonanym przed dwoma laty, usunięto gałkę oczną.

Stan chorej w dniu przyjęcia przedstawiał się w następujący sposób: chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiania upośledzonego; skóra wilgotna, bez wykwitów, błony śluzowe widoczne blade. Chora apatyczna, niczem się nie interesuje.

Wychodzący z lewego oczodołu guz wielkości pięści dorosłego człowieka przechodzi, jak widać z fotografii 1-ej, poza górną krawędź oczodołu na kość czołową. Guz sprężysty, o postaci kulistej, niebolesny, o nierównej, zrazowatej powierzchni, nie daje się przesunąć. Skóra nad guzem częściowo ścięta i ściśle z nim złączona. W dolno-zewnętrznej jego części widać zrósnięte pomiędzy sobą krawędzie powiekowe. Gałka oczna nie daje się wyczuć. Prawe oko bez zmian chorobowych. Wyczuwalne węzły chłonne szyjne, pachowe i pachwinowe nie są powiększone. Płuca, serce zmian nie wykazują. W moczu ślady białka, nieco zwiększona ilość indykanu, kilka wałeczków szklanych. Badanie krwi o wyniku następującym: haemoglobina 105%, ciałek czerwonych 6.640.000; białek białych 10.000; neutrofile 72%; limfocyty duże 5%, limfocyty małe 16%; ciałka przejściowe 5%; eozynofile 1%, bazofile 1%.



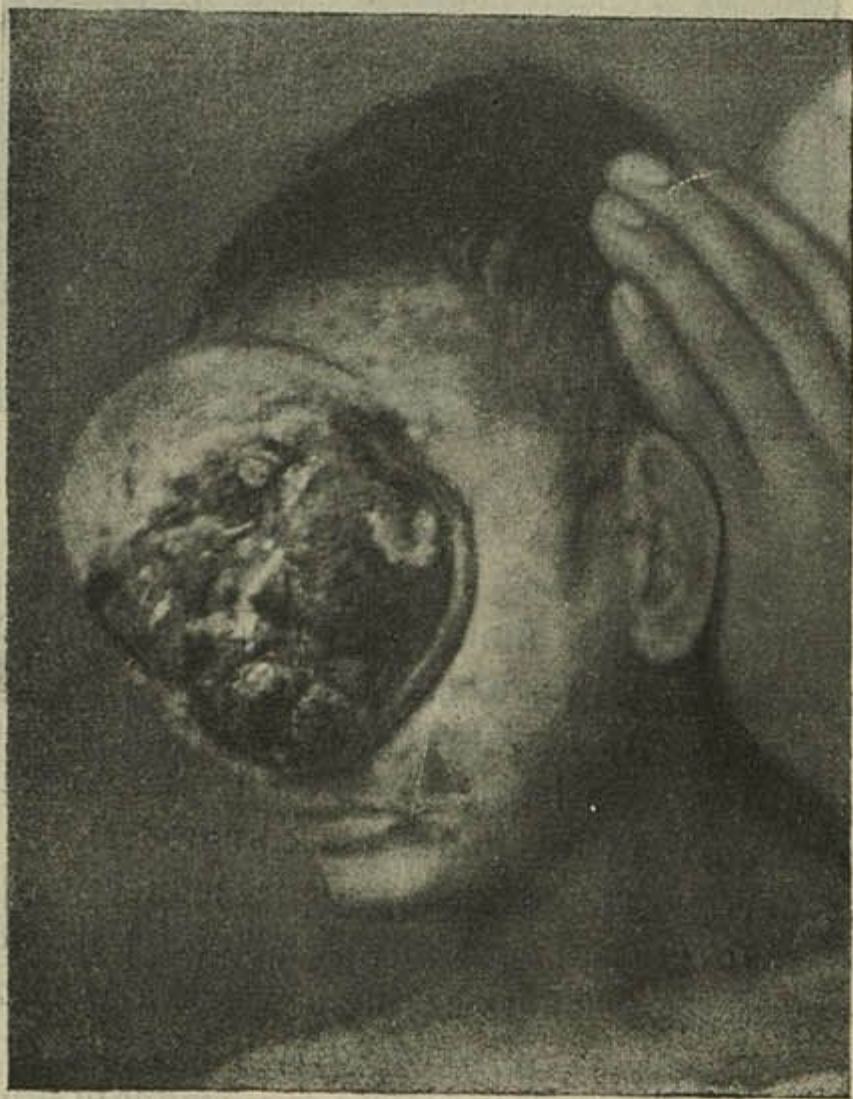
Fot. 1.

Dnia 6. III. w uśpieniu eterowem wycięto kawałek guza w celach rozpoznawczych. Po przeprowadzeniu badań w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. S. B. stwierdzono, iż jest to rhabdomyoma malignum (sarcomatodes).

1. IV. — Operacja wyluszczenia guza z podwiązaniem tętnicy szyjnej zewn. — Na rozgałęzieniu tętnicy leżał gruczoł chłonny, wielkości laskowego orzecha, który usunięto. Guz oczodołu wycięto okężnem cięciem w górnej powiece, pozostawiając i oddzielając ku górze część rozciągniętej, lecz nie prześniętej przez nowotwór skóry górnej powieki. Po wejściu do oczodołu nowo-



Fot. 2.



Fot. 3.

wór oddzielono i usunięto wraz z całą dolną powieką. Śladów gałki ocznej w oczodole nie znaleziono. Kości oczodołu wraz z łukiem oczodołowym kości czołowej były zupełnie zniszczone; w głębi rany widać odsłoniętą na całej przestrzeni oponę twarzą; górna ściana zatoki szczękowej była zniszczona. Ostrą łyżką usunięto pozostałe drobne części nowotworu i zniszczonych kości. Na przekroju nowotwór miał wygląd guzkowaty, o zabarwieniu szarawo-różowym; spoistość guza — miękka. Krwawienie podczas operacji było nieznaczne. Brzegi rany zaszyto nad oczodołem, część niepokrytą skórą wytamponowano.

Po 2-ch tygodniach zauważono nawrót oraz wypadnięcie istoty mózgowej. *Dnia 24. V. zanotowano:* guz wyrósł do rozmiarów główki dziecięcej. (Fot. 2—3). 25. — śmierć.

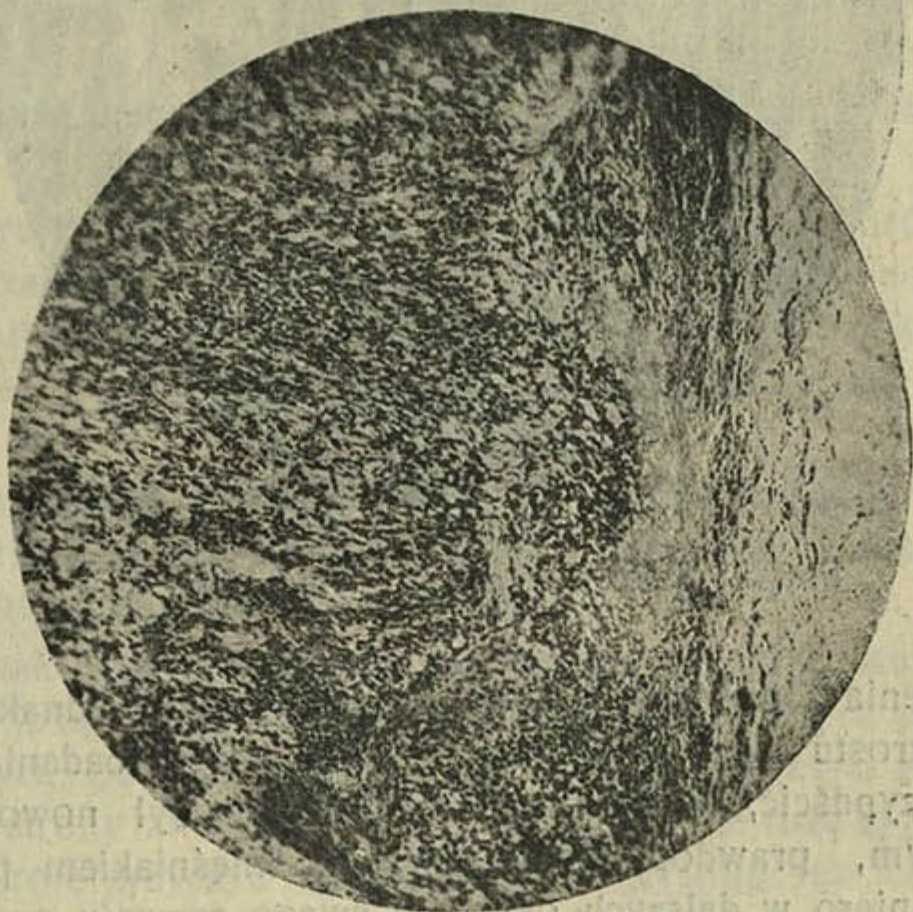
Rozpoznanie sekcyjne następujące: Tumor Orbitae sinistrae (Rhabdomyoma sarcomatodes). Usura ossis frontalis sin. Tumor gyri front. sin. cerebri. Oedema cerebri. Bronchopneumonia confluens lobi inferioris pulmonis sinistri. Pleuritis purulenta sinistra. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Infiltratio adiposa hepatis.

Jakśmy już zaznaczyli, badanie histologiczne wyciętego w celach diagnostycznych kawałka nowotworu wykazało, iż jest to złośliwy mięśniak prążkowano-komórkowy.

Taki sam wynik dało badanie mikroskopowe usuniętego po zabiegu operacyjnym guza. Po utrwaleniu go w 10% roztworze formaliny i zatopieniu w parafinie, barwiono skrawki według *van Giesona*.

Obraz mikroskopowy przedstawiał się w następujący sposób: przy małym powiększeniu guz składa się z licznych komórek, układających się miejscami pasmami: barwiących się na żółtawy kolor i z tkanki łącznej międzyzrazikowej, zabarwionej na czerwono.

Przy dużym powiększeniu widzimy, że komórki nie przedstawiają obrazu jednolitego. Obok komórek z nieznaczną ilością protoplazmy i zlekka wydłużonym jądrem, przypominających komórki wrzecionowate, obok komórek z okrągłym jądrem o wyglądzie dużych limfocytów, istnieją liczne skupienia komórek, (zabarwionych na żółtawo-zielonkawy kolor) z większą ilością protoplazmy, posiadających pęcherzykowate owalnie wydłużone jądro z jąderkami. Protoplasma tych komórek o wyglądzie pasemkowym, a niekiedy pałeczkowatym, wykazuje wyraźne podłużne prążkowanie, nadające protoplazmie, szczególnie na obwodzie komórki, jakgdyby rozszczepiony wygląd. Protoplasma wydaje się, jakgdyby była złożona z licznych równoległych włókienek. Miejscami protoplasma jest prawie zupełnie jednolita. W nielicznych miejscach istnieje obraz zwyrodnienia śluzowego, charakteryzującego się obecnością licznych trójkątnych lub gwiazdzystych komórek, z licznymi, krzyżującymi się w różnych kierunkach, wyrostkami włókienkowatymi. Zazwyczaj brak jest zewnętrznej powłoki włókna, miejscami tylko jest ona ledwie zaznaczona.



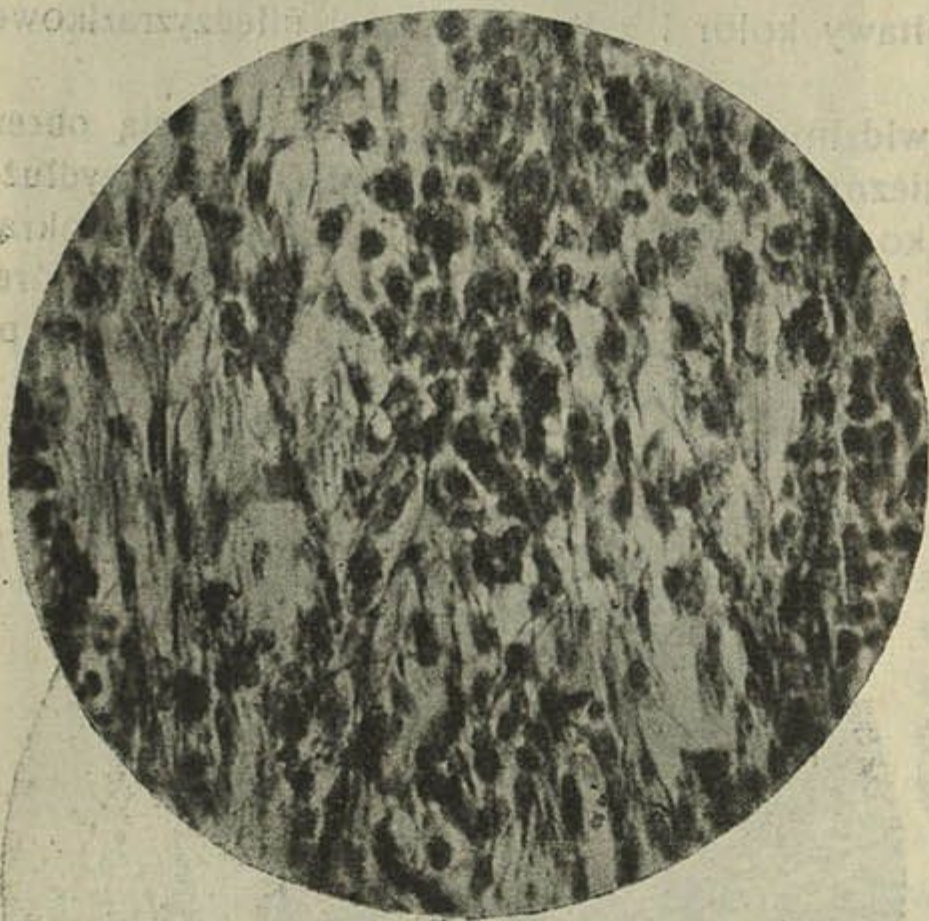
Fot. 4. Zeiss Obj. apochr. 16 mm. Ok. K. 7.

Badanie histologiczne wykazało zatem, że mamy do czynienia z nowotworem nawrotowym, pochodzącym z mięśni prążkowanych i wykazującym złośliwe zwyrodnienie (Rhabdomyoma sarcomatodes). Nowotwór nawrotowy wykazał wszelkie cechy poprzednio wyciętego.

W naszym przypadku, podobnie jak w przypadku *Redsłoba*, komórki mięśniaka różnią się od komórek normalnej tkanki mięsnej brakiem wyraźnego poprzecznego prążkowania (anaplasia).

Histologiczne badanie gruczołu chłonnego szyjnego, usuniętego podczas zabiegu operacyjnego, nie wykazało przerzutu nowotworu.

W naszym przypadku, podobnie jak w przypadku *Zenkera i Redsloba*, usunięcie nowotworu dało w krótkim czasie szybko postępujący nawrót.



Fot. 5. Zeiss Obj. apochr. 4 mm. Okr. K. 7.

Prawie wszystkie do tej pory opisane mięśniaki prążkowane-komórkowe oczodołu są właściwie nowotworami mieszanymi.

Borst uważa, że istnienie jednorodnych nowotworów z mięśni poprzeczno-prążkowanych nie jest dotąd ustalone.

Redslob natomiast przypuszcza, że mięśniaki poprzeczno-prążkowane nie są znowu zjawiskiem tak rzadkiem, i że niejeden nowotwór, zaliczany dotąd do złośliwego okrągłokomórkowego łącznotkankowca, jest w początkowym okresie swego rozwoju istotnym mięśniakiem prążkowano-komórkowym.

Aczkolwiek w przypadku naszym mieliśmy do czy-

nienia z nowotworem nanawrotowym, to jednak na podstawie jego powolnego wzrostu oraz wyników histologicznego badania ostatniego nawrotu możemy przypuścić, że nowotwór macierzysty był nowotworem o charakterze dobrotliwym, prawdopodobnie czystym mięśniakiem prążkowanokomórkowym, który dopiero w dalszych okresach swego rozwoju przerodził się w typ sarkomatyczny.

Panu Prof. *K. Opoczyńskiemu*, Kierownikowi Zakładu Anatomji Patologicznej U. S. B., serdecznie dziękujemy za udzielenie cennych wskazówek przy opracowaniu niniejszego przypadku.

Piśmiennictwo.

1. *Bayer*, Rhabdomyoma orbitae. Norsk. med. Arch. Stockholm. 1882, cyt. według *Zenkera*.
2. *Borst*, Allgemeine Pathologie der malign. Geschwülste (Klinik der bösart. Geschwülste von Zweifel & Payer) str. 93—94.
3. *Hornowski*, Anatomja Patologiczna, cz. II.
4. *Lagrange*, F., Encyclop. franç. d'ophtalm. str. 769.
5. *Mohr*, Rhabdomyoma malignum orbitae, Szemeszet 1905. cyt. według *Kl. M. f. Augenh.* 1905.
6. *Redslob*, Rhabdomyome de l'orbite à évolution atypique. Annales d'oculist. 1924, str. 721 — 725.
7. *Schnaudigel*, Ein Rhabdomyom des Orbicularismyoms. Gräfes Arch. Bd. 74.
8. *Schnaudigel*, Ein Rezidiv des Orbicularismyoms. Gräfes Arch. Bd. 85, str. 252.
9. *Schreiber*, Die Krankheiten der Augenlider Gräfe-Sämisch Handbuch.
10. *Zenker*, Ein Fall von Rhabdomyosarkom der Orbita. Virchows Archiv. CXX, str. 536.

Rak a uraz.

Podał Dr. W. Zaleski.

Odczyt wygłoszony dnia 24 czerwca 1925 r. w Wileńskim Towarzystwie Lekarskim.

Kwestje, dotyczące momentów etiologicznych powstawania i rozwoju nowotworów złośliwych wciąż pozostają dla nas zagadką, ku której rozwiązaniu skierowane są wysiłki badaczy niestety dotąd nie uwieńczone pomyślnym wynikiem. W tej żmudnej pracy każdy, chociażby najdrobniejszy szczegół może mieć znaczenie i służyć jako materiał do dalszych zestawień, badań i wywodów. Z tego punktu widzenia wychodząc, podajemy opis przypadku raka powstałego na tle urazu, poprzedzając go krótkimi uwagami, dotyczącymi dotychczasowego naszego dorobku naukowego w tej kwestji. Na wstępie wszakże stwierdzić musimy, że wiadomości nasze o powstawaniu nowotworów złośliwych są dotychczas bardzo niepewne.

Jedna grupa badaczy upatruje przyczynę powstawania tych nowotworów w czynnikach wewnętrznych, zależnych od zmienionych warunków istnienia i działania pewnych komórek i tkanek, warunków nabytych w życiu zarodkowym lub pozapłodowym, albo też w zmienionych warunkach egzystencji całego go ustroju.

Druga grupa skłona jest widzieć tę przyczynę w czynnikach zewnętrznych, wpływających ujemnie na komórki i tkanki, i zalicza do nich wszelkiego rodzaju podrażnienia natury fizycznej, chemicznej lub biologicznej.

Jednakże zwolnicy teorii tak zwanych przyczyn wewnętrznych uznają pewną sprzyjającą i pobudzającą rolę, jaką mogą odegrać czynniki zewnętrzne w powstawaniu nowotworów złośliwych, obok obowiązkowego istnienia przyczyn wewnętrznych. Z drugiej znów strony zwolnicy teorii czynników zewnętrznych dopuszczają pewną sprzyjającą rolę przyczyn wewnętrznych, egzystujących bądź to w samej komórce, bądź w całym organizmie (dziedziczność, wiek), dzięki którym czynnik zewnętrzny ma możliwość działania w kierunku powodującym rakowacenie komórek. W ten sposób powstaje jakby most łączący grupy, zdawało by się, tak zasadniczo odmiennych teorii, pozostawiając nierozstrzygniętem pytanie, która grupa przyczyn, w jakim stopniu i w jakich wypadkach odgrywa rolę pierwotną i główną, a która rolę podrzędną i wtórną.

Śród przyczyn natury zewnętrznej sprzyjających lub powodujących powstanie nowotworów złośliwych uraz zajmuje jedno z głównych miejsc.

Od chwili pierwszej wzmianki holenderskiego lekarza Boerhavé'a w 17 stuleciu o wpływie urazu na powstawanie raka aż do czasów obecnych, przypadków raka urazowego pochodzenia opisano bardzo wiele; szczególnie bogatą jest kazuistyka kliniczna przypadków, w których rak powstał wskutek długo trwającego urazu na podłożu zmienionem wskutek blizn, przetok ropnych oraz starych długotrwałych i specyficznych owrzodzeń. Nas jednak interesuje tylko

kwestja wpływu jednokrotnego urazu na powstawanie raka, dotąd bowiem pozostaje ona sporną i powoduje często obszerne dyskusje.

W roku 1912 na 3-m międzynarodowym zjeździe traumatologów w Düsseldorfie prof. Lubarsch kategorycznie twierdzi, że ściśle naukowo dotąd nie zostało udowodnić, by jednokrotny uraz posłużył za przyczynę powstania raka.

Na tym że zjeździe Lenoir mówi: „Nikt nie ośmieli się twierdzić, że jednorazowy tylko uraz może spowodować powstanie raka na podłożu uprzednio nie zmienionem i nie przygotowanem“.

Prof. Thiem, zgadzając się zasadniczo z tem twierdzeniem, przyznaje jednak, że w pewnych bardzo nielicznych przypadkach, jednokrotny uraz jest czynnikiem, poprzedzającym rozwój raka, i w pewnym stopniu może być uważany za przyczynę powstania raka.

Podobny pogląd podziela prof. Pietrow, a w dobie obecnej prof. Buschke, Röpke, Berard, Siemon i inni.

Podług Thiem'a, a także Löwenstein'a każdy taki przypadek raka musi odpowiadać następującym wymaganiom.

- 1) Sam uraz i chwila jego powstania muszą być ściśle ustalone.
- 2) Siła działania urazu winna być dosyć znaczną, o czem sądzymy po wyniku działania urazu na tkanki, gdzie zjawiają się: ból, obrzęk, wynaczynienia krwawe, porażenie lub wypadnięcie funkcji. Cały zbiór tych danych nie jest niezbędny — wystarcza stwierdzenie kilku z nich (Brückensymptomen niemieckich autorów).

- 3) Nowotwór złośliwy winien przedewszystkiem zjawić się na miejscu urazu.

- 4) Od chwili kiedy uraz nastąpił, do chwili powstania wyraźnie zaznaczonych objawów nowotworu, winien upłynąć pewien okres czasu.

Minimum tego czasu dla raków Thiem określa na 1 miesiąc, maximum 2 lata, a dla mięsaków od 3 tygodni do 2 lat, Deilman określa ten czas od 3 tygodni do 3 lat.

Wprawdzie te okresy wzięte są przez Thiem'a zupełnie dowolnie, ale z punktu widzenia praktycznego, dają się zastosować; zjawienie się bowiem raka przed upływem 1-go miesiąca wskazywałoby, że uraz tylko przyspieszył wystąpienie objawów już przedtem istniejącego, lecz dotąd ukrytego nowotworu, zjawienie się zaś raka po 2-ach latach, aczkolwiek teoretycznie jest możliwe, trudno da się związać z poprzedzającym urazem.

O tem, jak rzadko spotykają się przypadki raka powstałego na tle jednokrotnego urazu, świadczą słowa Göebela, który w roku 1905 po dokładnem sprawdzeniu przytoczonych przez autorów statystycznych danych powiada, że w odnośnem piśmiennictwie znany jest tylko jedyny przypadek, nie wzbudzający najmniejszej wątpliwości, że rak powstał w związku z urazem, mianowicie przypadek, opisany przez Hahna, kiedy w 5 miesięcy po otrzymaniu ciężkiej tłuczonej rany głowy rozwinął się w tem miejscu guz rakowy.

Poszukiwania podobnych przypadków w piśmiennictwie okresu przedwojennego dają dosyć nikłe wyniki, (w nielicznych tylko wypadkach udaje się

stwierdzić niewątpliwie taki stosunek urazu do nowotworu). Z przytoczonych przez autorów obszernych statystyk musimy wykreślić wszystkie przypadki, w których związek między urazem a powstaniem raka był notowany jedynie na podstawie słów chorego, gdyż chory szczególnie chętnie łączy powstanie nowotworu z urazem. Również należy tu wyłączyć przypadki złośliwych nowotworów narządów wewnętrznych, gdyż moment powstania nowotworu nie może tu być ściśle określony, a przez to i związek jego z urazem staje się bardzo wątpliwym.

W piśmiennictwie polskim doby przedwojennej nie mogliśmy odszukać ani jednego niewątpliwego przypadku, a w piśmiennictwie rosyjskim znajduje się zaledwo jeden podany przez Gejnaz'a.

Prof. Thiem w obszernym dwutomowym dziele (*Handbuch der Unfall-erkrankungen*, Stuttgart 1909) skrzętnie zebrał i ogłosił drukiem znane dotąd przypadki, podając zaledwie 10.

W trzy lata później na zjeździe w Düsseldorfie przytacza on jeszcze dwa przypadki (I własny i I przypadek Haberer'a).

Wojna, ta prawdziwa epidemia urazowa, jaką przeżyliśmy niedawno, zdawałoby się, da nam możliwość częstszego obserwowania rozwoju raka w związku z urazem, lecz rzeczywistość przeczy temu, i publikacje podobnych przypadków, aczkolwiek w dobie wojennej i powojennej notowane są częściej, lecz pozostają jednakże odosobnionymi.

Nic też dziwnego że szereg autorów doby powojennej jak prof. Dürek, Orth, Hansemann i inni wypowiadają się znowu przeciwko temu, by jednokrotny uraz bezpośrednio mógł spowodować powstanie raka.

W roku 1918 Association française pour l'étude du cancer wypowiedziała się przeciw bezpośredniej łączności jednokrotnego urazu z powstawaniem raka.

Forgue w artykule „Le cancer et la guerre”, ogłoszonym w 1921 roku uważa, że wojenne uszkodzenia nie wywołują same przez się raka, jedynie go ujawniają ze stadium ukrytego, w jakim mógł pozostawać przez pewien czas. Wyjątek stanowią mięsaki, które mogą nastąpić po jednokrotnym ciężkim urazie. Autor uważa, że rak może być tylko wynikiem powtórnych podrażnień natury mechanicznej, fizycznej lub chemicznej.

Wywody swoje opiera na 200.000 historii chorób, jakie przestudjował.

Po zaznajomieniu się z piśmiennictwem doby wojennej i powojennej zdołaliśmy zebrać zaledwie kilka przypadków raka, w tym lub innym stopniu będącego w związku z jednokrotnym urazem. Są to przypadki Buschkego, Strassera, Hickela i Oberlinga i Walza.

Z angielskich autorów Schweitzer w 1920 r. zebrał 43 przypadki raka skóry, z tych 10 uważa za powstałe na tle jednokrotnego urazu, lecz brak bliższych szczegółów nie pozwala nam przytoczyć ich tutaj.

Ta rzadkość raka powstałego w związku z jednokrotnym urazem, skłoniła mnie do ogłoszenia przypadku, spostrzeganego podczas wojny, w roku 1921, którego historję podaję:

Chora O. 24 lat (siostra miłosierdzia) przybyła do szpitala 23.III-1921 r. z powodu niezagojonej rany prawego uda i okolicy spojenia łonowego.

Wywiad: dziedzicznością względem gruźlicy, kiły i raka nie obarczona. 3 lata temu przebyła dur osutkowy, przed 2 laty—dur brzuszny. 2-go sierpnia 1920 r. czyli przed $7\frac{1}{2}$ mies. odłamkiem granatu otrzymała obecną ranę wewnętrzną powierzchni obu ud, okolicy spojenia łonowego oraz okolicy pachwiny prawej i lewej. Po upływie kilku dni z prawego uda usunięto kilka odłamków granatu.

Stan obecny: chora średniego wzrostu o wybitnie bladym zabarwieniu błon śluzowych i skóry, o nikłej tkance tłuszczowej i słabo rozwiniętych mięśniach. Dołki nadobojczykowe po obu stronach zapadnięte.

Lewe płuco: przytłumienie odgłosu opukowego nad szczytem od tyłu sięgające do grzebienia łopatki. Niżej pas odgłosu płucnego szerokości 3—4 palców. Od kąta łopatki ku dołowi znowu rozległe przytłumienie sięgające na zewnątrz do linii pachowej. Od przodu, nad szczytem lewym przytłumienie sięga do 2-ej przestrzeni międzyżebrowej.

Osluchowo: z przodu szmer oddechowy szorstki ze słyszalnym wydechem, od tyłu szmer oddechowy oskrzelowy i rżenia przeważnie drobnobańkowe rozsiane na całej przestrzeni lewego płuca.

Prawe płuco: z tyłu, na szczycie przytłumienie dochodzi na jeden palec powyżej grzebienia łopatki, od przodu przytłumienie odgłosu opukowego do drugiego żebra. Wydech i wdech wydłużony, na środku mostka słyszy się szmer oddechowy oskrzelowy, prócz tego rżenia drobnobańkowe, rozsiane na całej przestrzeni płuca, jednak mniej obficie, niż po stronie lewej. Serce i narządy jamy brzusznej bez zmian, w moczu ślady białka. Badanie plwociny prątków kwasoodpornych nie ujawniło, Odczyn Wassermana ujemny.

Rozpoznanie: *induratio tuberculosa apicis pulmonum utriusque et lobi inferioris pulmonis sinistri.*

Opis zmian miejscowych

Prawe udo. Ogromna szeroka blizna nieprawidłowego kształtu, mocno zrośnięta z warstwami głębiej leżącymi, długości do 20 cm. i szerokości około 5 cm., przebiega na wewnętrznej jego powierzchni, bliżej ku tyłowi, zaczynając się od kłykcia wewnętrznego uda prawego. Blizna ta łączy się z powierzchnią szerokiej rany o brzegach zgrubiałych, wypełnionej ziarniną, przyczem ta ostatnia w kilku miejscach jest twardą na dotyk. Cała powierzchnia jej jest pokryta posoką.

Rana wspomniana umiejscowiona jest w górnej $\frac{1}{3}$ części wewnętrznej powierzchni prawego uda, zajmuje okolicę trójkąta Scarpy, sięgając ku górze i w prawo na 3 cm. ponad więzadło pachwinowe. Wymiary jej: 12 cm. długości i około 10 cm. szerokości, kształt nieprawidłowo owalny.

Od górnorozewnętrznego brzegu tej rany równoległe i nieco niżej więzadła pachwinowego widoczna jest dosyć szeroka blizna około 8 cm. długości, zaś od tylnowewnętrznego brzegu tej rany, w kierunku ku tylnej powierzchni uda ciągnie się blizna kształtu półksiężycowatego do 10 cm. długości i do $2\frac{1}{2}$ cm. szerokości.

Na brzegu tylnym rany, prawie naprzeciw połowy przebiegu tej półksiężycowej blizny widoczne jest wklęsnięte owrzodzenie wielkości $2\frac{1}{2} \times 1\frac{1}{2}$ cm. przy dotyku sprawiające wrażenie chrząstki.

Opisana rana wypełniona ziarniną zajmuje jednocześnie okolice spojenia łonowego, przedostając się na przeciwległą stronę prawie na 4 cm., sięgając na tyleż ku górze od górnego brzegu kości łonowej, a od dołu zajmując górny brzeg podstawy wielkich warg sromowych, szczególnie prawej.

Prócz tego widoczna jest blizna bezpośrednio złączona z lewym brzegiem rany, biegnąca od lewego guza kulszowego po powierzchni zewnętrznej tylności środkowej uda w kierunku lewej pachwiny, dotykająca przedniego górnego kolca lewej kości biodrowej a kończąca się na grzebieniu tej kości w odległości 8 cm. od przedniego kolca. Długość tej ostatniej blizny 28 cm. szerokość 10 cm.



Rys. 1. Prawe udo. Wskazówka oznacza miejsce powstania raka.

Górny brzeg podstawy wielkich warg sromowych i lechtaczki obrzęknięte, ujście zewnętrzne cewki moczowej i przednia ścianka pochwy przekrwione i obrzęknięte. Macica mała w przodozgięciu i przodopochyleniu, przydatki po stronie prawej bolesne, nieco zwiększone, lewe przydatki niewyczuwalne. Gruczoły chłonne pachwinowe po obu stronach nie dają się wyczuć.

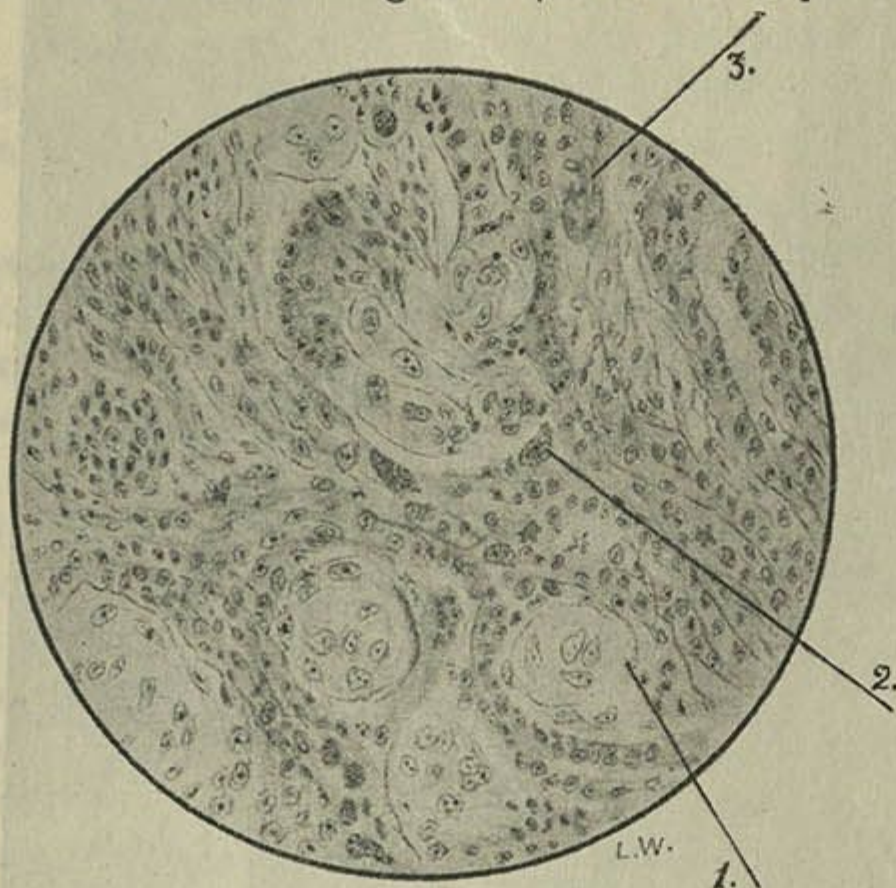
W okresie czasu od 22.VII 1920 do 23.III 1921 chora była operowana trzykrotnie:

1) w pierwszym tygodniu po otrzymaniu rany zostały usunięte resztki granatu, brzegi rany zeszyto, lecz wkrótce szwy zropiały, a rana pozostała otwartą i goiła się *per secundam intentionem*; 2) w grudniu 1920 r. usunięto ostrą łyżką ziarninę, ranę częściowo zeszyto, lecz po upływie 2-tygodni powróciła ona do stanu poprzedniego; 3) w siódmym miesiącu, — prawdopodobnie były zacieki ropne, wskutek czego dokonano cięcia w okolicy prawej pachwiny i cię-

cia w kształcie półksiężyca na prawem udzie, od tylnowewnętrznej brzo-
stawały bez skutku, dokonano próbnego wycięcia kawałka tkanki ze wspomnia-
nego twardego owrzodzenia i skonstatowano rak.

Wskutek tego, że zwykle leczenie chirurgiczne w przeciągu miesiąca pozo-
stawało bez skutku, dokonano próbnego wycięcia kawałka tkanki ze wspomnia-
nego twardego owrzodzenia i skonstatowano rak.

Badanie histologiczne (barwienie zwykle hematoksyliną i eozyną).



Rys. II. 1) perła rakowa; 2) hyperchromatosis;
3) karyokinesis.

W preparacie stwierdzono
utkanie składające się z blado-
różowych pasm tworzących sieć
o dużych okach, stanowiących
podścielisko dla ognisk barwią-
cych się bardziej na różowo.
Części powierzchniowe preparatu
wykazują budowę zupełnie zatartą
i barwią się na czerwono (mar-
twica). Co się tyczy ognisk opi-
sanych powyżej i barwiących się
bądź na różowo, bądź bardziej
intensywnie, to przedstawiają się
one w postaci pasm lub też w
postaci ognisk o układzie współ-
środkowym (perły), ogniska te
pod silnem powiększeniem wyka-
zują utkanie następujące: w wię-
kszości ognisk o układzie współ-

środkowym spotykamy bryłki lub też łuski silnie barwiące się eozyną. Bardziej
obwodowo leżą komórki wypełnione ziarnami, barwiącemi się mocno hematoksyliną
(keratohyalina). Jeszcze bardziej ku obwodowi spotykamy komórki wielokształtne
o dużej ilości zarodki komórkowej, zupełnie ściśle przylegające jedna do drugiej.
Jądra tych komórek wykazują kolosalną zmienność tak co do wielkości, jak też co
do kształtu i zdolności barwienia, spotykamy jądra 3—4 krotnie większe, barwiące
się bądź silniej (hyperchromatosis), bądź też znacznie słabiej, niż jądra normalne.
Wiele jąder wykazuje zmianę kształtów w postaci licznych ząbień bez wyraź-
nej budowy, jądra często nadzwyczaj silnie barwią się hematoksyliną (pyknosis).
Niektóre komórki posiadają po 2 jądra, prócz tego w nielicznych miejscach,
stwierdza się podział jąder komórkowych (kariokinesis). Ogniska komórkowe
bardzo znacznie przeważają nad podścieliskiem łącznotkankowym. Obraz drobno-
wizowy przemawia niewątpliwie za rakiem rogowaciejącym, a znaczna różno-
barwność komórek i ich jąder oraz nieliczne zresztą podziały tych ostatnich
przemawiają za dużą złośliwością tego guza.

Djagnoza histologiczna: *cancroides cutis*.

W preparatach gruczołów chłonnych drobnowidowo stwierdzony ostry stan
zapalny.

16.V-1921 wykonano zabieg operacyjny: Cięcie otaczające całą powierzchnię, pokrytą ziarniną, przeprowadzono w zdrowych tkankach w odległości 2 — $2\frac{1}{2}$ cm. od brzegu rany, oddzielono całe podłoże rany i usunięto go razem z tkanką tłuszczową i pachwinowymi gruczołami po obu stronach. Przy pomocy ściągających fałdów skóry powierzchnię rany pokryto skórą, pozostawiając w dolnym kącie rany dren gumowy. W przeciągu 2-ch tygodni ciepłota sięgała wieczorami do 38,5; dosyć obfita wydzielina ropna z rany zmniejszyła się dopiero w trzecim tygodniu. W dolnej połowie rany i w okolicy prawej pachwiny szwy zropiały i brzegi rany rozeszły się. Rana stopniowo wypełniła się ziarniną. W dalszym przebiegu nawrót po upływie $2\frac{1}{2}$ miesięcy, a w $3\frac{1}{2}$ miesiące po dokonaniu operacji chora zmarła. Sekcji nie dokonano.

Wnioski:

1. Na zasadzie obserwowanego przez nas przypadku daje się klinicznie stwierdzić związek pomiędzy jednokrotnym ciężkim urazem a wczesnym powstaniem raka.

2. Czynnikiem łączącym obydwie momenty, t. j. uraz i powstanie raka w danym przypadku mogło być przewlekłe zapalenie, powstałe wskutek długiego ropienia i niegojenia się rany. (Zgadza się to z twierdzeniem innych autorów: Thiem, Pietrow, Hansemann).

3. Istniejąca jednocześnie gruźlica płuc, być może, również wywarła ujemny wpływ na ogólny stan ustroju i ułatwiła w ten sposób możliwość powstania raka (na co wskazuje n. p. Isager).

4. Na czym polega bezpośredni wpływ urazu na powstanie i rozwój raka, dotąd nie wiemy. Być może, odgrywają tu rolę wpływy wielorakie, z jednej strony wpływy natury ogólnej, przyczem istniejąca u chorej gruźlica mogłaby mieć tu również pewne znaczenie, z drugiej zaś strony wpływy czysto miejscowe, spowodowane ciężkim urazem, i będącym w związku z nim przewlekłym stanem zapalnym, który, zmieniając warunki istnienia komórek naskórka, powoduje zjawienie się w nich tendencji w kierunku nieograniczonego atypowego rozrostu.

P i ś m i e n n i c t w o .

1. Berard L. Bull. de l'acad. de méd. Paris 1918. T. 80 p. 103.
2. Forgue E. Bull. de l'acad. de méd. Paris 1918. T. 80 p. 84.
3. Goebel. Münch med. Wochenschrft. 1909 Nr. 24.
4. Gejnaz. Wraczebnaja Gazeta 1903. Nr. 13—16.
5. Hickel P. et Oberling Ch. Bull. de la soc. franç de dermatol et de Syphiligr. 1923. p. 15.
6. Hornowski. Anatomja patologiczna. Warszawa 1922.
7. Isager K. Hospitalstidende 1922. Ig. 65. S. 481, 497.
8. Langer E. Dermatolog. Zeitschrift 1922. Bd. 35. S. 212.
9. Lenoir O. Verhandl. des III internat. medicin Unfallkongres zu Düsseldorf 1912.
10. Löwenstein. Unfall und Krebskrankheit. Diss Tübingen 1910.
11. Lubarsch. Verhandl. des III internat. mediz. Unfallkongress 1912.
12. Pietrow N. Obszczeje uczeńje ob opucholach St. Peterburg 1910.
13. Schweitzer. Journ of the Amer. med. Assoc. Vol. 69 Nr. 3. ref.
14. Siemon H. Bruns Beitrag f. Klin. Chir. Bd. 131. S. 70.
15. Thiem Ch. Unfallerkkrankungen. Stuttgart 1909. Bd. II.
16. Thiem C. Verhandl der III. internat. med. Unfallkongress 1912.
17. Walz E. Dermatol. Wochenschr. 1920. Bd. 71. S. 556.

D-r A. WIRSZUBSKI.

Opieka nad umysłowo chorymi na Wileńszczyźnie w czasie okupacji niemieckiej

(18. IX. 15 — 1. I. 19)

Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Wileńskiego Oddziału Polsk. Tow. Psychiatrycznego dnia 12. XI 25 r.

Warunki utrzymania i pielęgnowania umysłowo chorych na Wileńszczyźnie w czasie okupacji niemieckiej były tak okropne, że piekło Dantego mogło by się zdawać zbyt słabym porównaniem. Preludjum do tej tragedji rozpoczęło się jeszcze przed okupacją. Już w sierpniu 1915 roku Okręgowa lecznica psychiatryczna w Nowo-Wilejce (w odległości 5—6 kilom. od Wilna), która dawała przytułek przeszło 1000 chorym, została bezcelowo ewakuowana w głąb Rossji, to też obszar Wileńszczyzny został pozbawiony najważniejszego zakładu dla umysłowo chorych. Jeszcze w lipcu tegoż roku został na rozkaz władz rosyjskich zlikwidowany przytułek na 100 obłąkanych, istniejący przy stacji Olkieni (3 stacja od Wilna) pod postacią „*patronage familiale*”. W taki sposób pozostały na całym obszarze Wileńszczyzny tylko dwa dotychczasowe oddziały dla umysłowo chorych: przy szpitalach miejskich, Żydowskim i św. Jakóba. Ordynator — psychiatra szpitala św. Jakóba D-r Sawicz niedługo przed ewakuacją miasta przez rossjan opuścił niespodzianie Wilno. Pozostał więc tylko autor obecnej pracy, pełniący obowiązki ordynatora psychiatry miejskiego szpitala żydowskiego, który miał zaopiekować się umysłowo chorymi całego obszaru. Jeszcze przed zupełnem opuszczeniem Wilna przez rosjan liczni umysłowo chorzy, pozbawieni opieki wałęsali się bezdomni i bezradni po mieście. Urządzono przeto dla nich czasowe schronisko pod otwartem niebem przy ulicy Ludwisarskiej Nr. 4. Stąd przeniesiono ich po pewnym czasie do jakiejś wstrętnej dziury przy ulicy Nowogródzkiej, gdzie z powodu złego żywienia i okropnych warunków higienicznych zapanowała ogromna śmiertelność. Zaledwie niewielka ich pozostała garstka przeniesiona została późną jesienią do szpitala miejskiego św. Jakóba z objawami wyniszczenia, odmrożonemi kończynami i t. p. Większość z nich wkrótce wymarła.

Niebawem na skutek zarządzenia władz okupacyjnych urządzono dla wszystkich kobiet umysłowo chorych zarówno chrześcijanek jak i żydówek oddział przy szpitalu Żydowskim, dla wszystkich zaś mężczyzn bez różnicy wyznania oddział przy szpitalu św. Jakóba.

Taki porządek rzeczy trwał nie długo, około 2 miesięcy i nareszcie wszystkich obłąkanych bez wyjątku umieszczono w gmachu szpitala Żydowskiego pod moją opieką. Wobec tego, że oddział szybko się zapełnił, uruchomiono, celem pomieszczenia nadmiaru chorych, centralną lecznicę dla całej Litwy w Tauragach, obliczoną na 250 łózek. Od tej właśnie chwili rozpoczyna się najohydniejsza i najbardziej ponura karta w dziejach psychiatrii okresu okupacyjnego. Taurog i stały się miejscem zesłania, internowano tam przemocą psychicznie

chorych i eliminowano wszelką opiekę krewnych. Skierowywano tamtędy zwykle chorych grupami w liczbie 15—20 osób. Krewni psychicznie chorych, opiekujący się pomieszczonymi w szpitalu Żydowskim, zawczasu dowiadywali się o zamiarach władz niemieckich, przetransportowania chorych do Taurog, i wypisywali chorych bez względu na ich stan, byle zapobiec przeniesieniu chorych do przeklętych Taurog.

Władze niemieckie były doskonale poinformowane, o tem, że sama nazwa Taurog jest postrachem dla ludności. O tem wymownie świadczy dokument datowany z dnia 27. III. 18 r. w sprawie chorego Mieszkowskiego. W dokumencie tym, kierownik wydziału lekarskiego D-r Tiedemann grozi matce chorego, w odpowiedzi na jej prośbę o wypisanie syna ze szpitala, że w razie jego ponownego załabnięcia i umieszczenia go w szpitalu miejskim, chory zostanie bezwzględnie odesłany do Taurog. Księdza P., którego skierowano do mnie dla zbadania, odesłano gwałtem do Taurog pomimo wstawiennictwa Konsystorza i krewnych tegoż księdza. Ja osobiście uważałem go za umysłowo normalnego. Mówiono, że powodem jego internowania w Taurogach była zemsta polityczna.

W Taurogach stosowano oryginalny sposób uciszania chorych podnieconych i karmienia odmawiających przyjmowania pokarmów. Umieszczono ich zupełnie nagi w ciemnej separacie bez jedzenia na przeciąg dni kilku, gdzie ci wprawdzie uciszali się ale... na wieki. W razie wstrzymywania się chorych od jedzenia, lekarz, dyrektor zakładu, chirurg z zawodu, tak rozumował: „gdyby mieli apetyt nie wstrzymywaliby się od jedzenia — a więc mogą nie jeść“.

Kierownictwo szpitala w Taurogach nadsyłało nam, wprawdzie ze znacznym opóźnieniem, urzędowe wiadomości o zmarłych. Ze sprawozdań tych widać, że w przeciągu 4 miesięcy letnich 1917 r. zmarło tam 40 osób z liczby 63, odesłanych ze szpitala Żydowskiego. Komentarze chyba są zbyteczne!

Ale oprócz wiadomości oficjalnych posiadałem dane poufne o okropnościach, które się tam działy. Rzecz się miała tak. Każdej grupie chorych, transportowanych z naszego szpitala, towarzyszył nasz personel szpitalny, który zasięgał wiadomości bezpośrednio od ludności miejscowej. W żaden sposób nie dopuszczano naszego personelu do wnętrza szpitalu w Taurogach; nie dość na tem, wszędzie po miasteczku towarzyszył personelowi sanitariusz wojskowy. A np. gdy raz jedna z osób, towarzyszących chorym udała się do mieszkania miejscowego księdza w celu zdobycia informacji, to odtego czasu nieodstępnie przy wszelkich rozmowach bywał obecny żołnierz niemiecki, znający język polski. Jak starannie bronili Niemcy tajemnic piekła taurogskiego, widać między innymi i z tego, że nawet uzdrowieńców bardzo niechętnie zamtąd zwalniano do rodzin.

Wśród ludności krążyły pogłoski, że chorych tam trują, i wyznać trzeba, że pogłoski te miały pewne podstawy. Gdy przeglądałem spis zmarłych w Taurogach, uderzał mnie fakt, że pośród umysłowo chorych umierali właśnie fizycznie najmocniejsi, najlepiej zbudowani, niekiedy wprost atleci, a nie słabi i wątli. Gdy w kancelarii naszego szpitala odczytywano spisy zmarłych

w Taurogach, personel szpitalny, który dobrze znał chorych pod każdym względem, wyrażał zdumienie. Ksiądz z Taurog, opowiadał naszemu pielęgniarzowi, że udał się z zapytaniem do lekarza kierownika szpitala, dla czego nigdy nie bywa zapraszany do oddania ostatnich posług umierającym pomimo takiej prze-
rażającej śmiertelności; na to otrzymał odpowiedź, że chorzy jakoby nagle umierają. Ta dziwna nagłość zgonów wzbudziła w nim podejrzenie. Biorąc dalej pod uwagę wiadomość pewną, że tam stosowano przy leczeniu niespo-
kojnych chorych bardzo często podskórne zastrzykiwania jakichś lekarstw, i łącząc wszystkie te fakty, zatrzymałem się na następnem, bardzo prawdopo-
dobnem przypuszczeniu. Najsilniejsi fizycznie obłąkani są niebezpiecznymi dla
otoczenia w razie napadów podniecenia. A więc, ażeby obezwładnić takich cho-
rych podczas napadów, zastrzykiwano im kilkakrotnie duże, dawki narkotyków.
W taki sposób daje się wytłumaczyć częstość nagłych zgonów i rażący fakt
śmiertelności pośród najsilniejszych fizycznie obłąkanych.

Okrutne zachowanie się w Taurogach względem umysłowo chorych nie mogło zbyt długo być tolerowane; w końcu lekarz dyrektor zakładu zmuszony był ustąpić. Mówiono, że stało się to na skutek doniesienia pielęgniarki ros-
janki i że w tej sprawie zeznawało wielu świadków. Nowemu kierownikowi udało się znacznie polepszyć stan zakładu.

Od lipca 1918 r. zaniechano zupełnie przewożenia chorych do Taurog i wszystkich umysłowo chorych z Wileńszczyzny zaczęto umieszczać wyłącznie w szpitalu miejskim św. Jakóba. Urzędowo za osobę odpowiedzialną oddziału psychiatrycznego uważany był lekarz naczelny szpitala D-r Zawadzki, ja zaś po-
zostałem konsultantem tego oddziału. W końcu 1918 r. w szpitalu św. Jakóba pozostało coś około 70 psychicznie chorych. 1-go stycznia 1919 roku oku-
panci niemieccy ostatecznie opuścili Wilno.

DR. MED. KAROL KOSIŃSKI.

Szczypczyki własnego pomysłu dla niepalcowego wiązania szwów.

Z Zakładu Anatomji Topograficznej i Chirurgji Operacyjnej U. S. B. w Wilnie.

Przedłożone szczypczyki odpowiadają ogólnej dążności nowoczesnej techniki chirurgicznej; jedną z głównych zasad ostatniej jest najdalej idące zastąpienie palców narzędziami. W kierunku wyrugowania palców od bez-
pośredniego zetknięcia z tkankami, na których się operuje, osiągnięto dotąd znaczny postęp. Niemal wszystkie „rękoczyn” chirurgiczne są już doko-
nywane zapomocą narzędzi; — te *nowoczesne palce* dają o wiele większą
pewność zupełnej czystości, jak również zapewniają większą dokładność sa-
mych zabiegów. Jedynie wiązanie nici podczas szycia tkanek lub podwią-
zywania naczyń zapomocą narzędzi nie uzyskało dotąd szerszego zastoso-
wania. Przedłożone szczypczyki są przyczynkiem do wypełnienia istniejącej

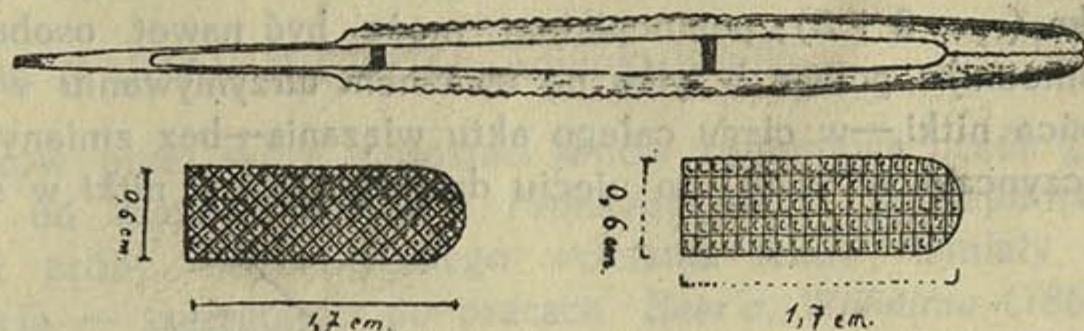
luki; nawet w zestawieniu z palcami, uzbrojonymi w wyjąłowione rękawiczki, będą miały one zawsze tę przewagę, że nie są zależne od możliwego w czasie zabiegu uszkodzenia rękawiczek. Prócz tego, w nagłych wypadkach, chirurg nieraz bywa zmuszony do zabiegu, połączonego z szyciem tkanek bez poprzedniego przygotowania

i w braku wyjąłowionych rękawiczek. Zabezpieczając większą czystość, przedłożone szczypczyki umożliwiają rozszerzenie wskazań do pierwotnego zeszywania ran urazowych; podczas wojny mogą one oddać znaczne usługi w pracy

wojskowych czołówek chirurgicznych. Kiedy naraz otrzymujemy większą liczbę chorych, albo rannych, każde uproszczenie tak rozpowszechnionego zabiegu, jakim jest szycie tkanek, może być pożądane. Łatwiej ryczałtowo wygotować większą liczbę szczypczyków, aniżeli każdorazowo wyjąłować ręce.

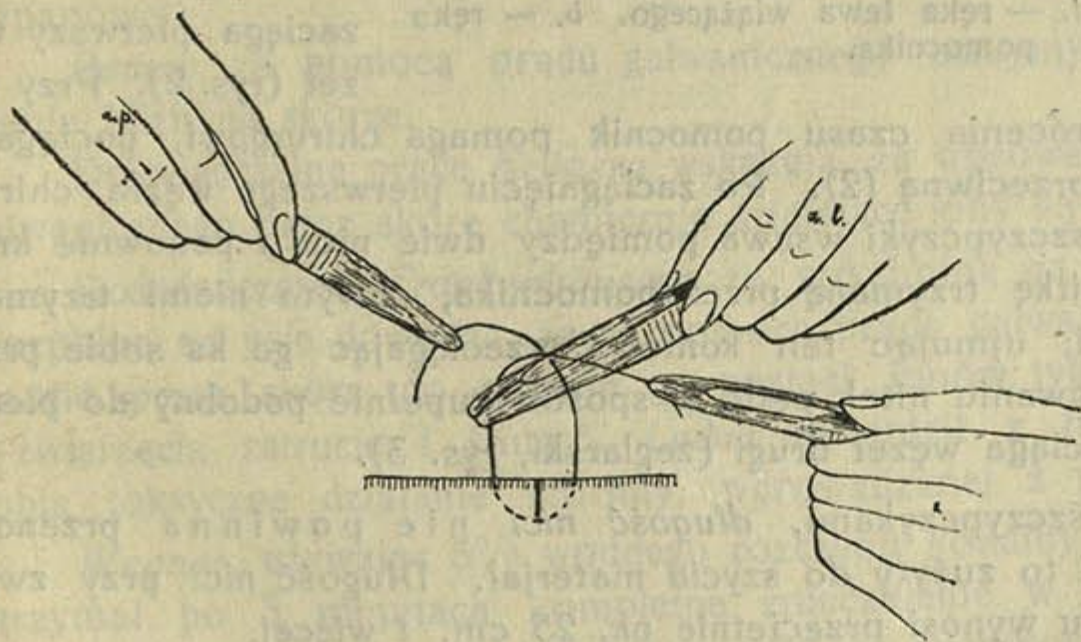
Różnica od zwykłych szczypczyków polega na większym ząbkowaniu i dokładnem przyleganiu zakończeń obu ramion szczypczyków (rys. 1). Ząbki muszą być wyraźne, a rowki między nimi głębsze, aniżeli w szczypczykach zwykłych. Długość ząbkowanego zakończenia wynosi 1,5 cm., a szerokość—0,5 cm. W kierunku poprzecznym należy nadać conajmniej 4—5 rzędów drobnych ząbków, poprzegradzanych rowkami dla mocniejszego ujęcia nici. Po-

dłużne i poprzeczne rzędy ząbków są prostopadłe do siebie. (Zachowując wzajemny stosunek obu rodzajów ząbkowania, można ustawiać je ukośnie w stosunku do podłużnych krawędzi szczypczyków). Same krawędzie boczne zakończeń szczypczyków winne być lekko stępione, aby przy mocniejszym zaciąganiu węzła nie rwały nici. Koniec szczypczyków może być łapkowato rozszerzony; wzmacnia to siłę trzymanie i chwytu nitki. Zastąpienie podanych szczypczyków zwykłymi lub hemostatycznymi nie udaje się, ze względu na ich



Rys. 1. Długość szczypczyków = 13 cm.

Pod szczypczykami — osobno — powiększone dwukrotnie dwie odmiany powierzchni ząbkowanych końca szczypczyków; wykazują one dokładną ilość ząbków i rowków między nimi, oraz wymiary powierzchni.

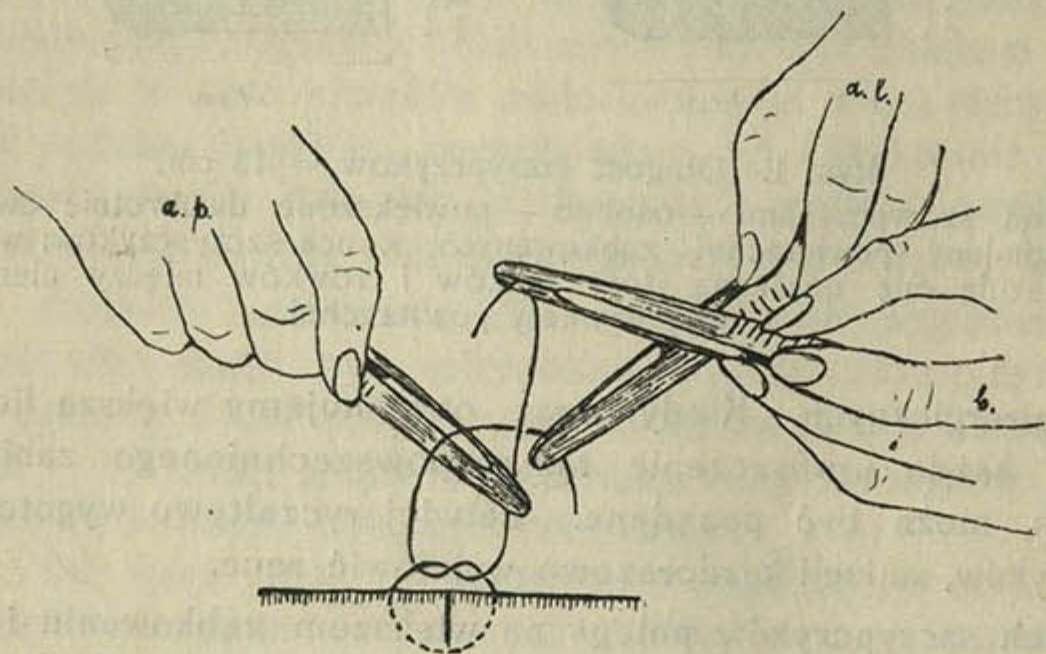


Rys. 2. Wiązanie pierwszego węzła. a. p. — ręka prawa wiążącego. a. l. — ręka lewa wiążącego. b. — ręka pomocnika.

dłużne i poprzeczne rzędy ząbków są prostopadłe do siebie. (Zachowując wzajemny stosunek obu rodzajów ząbkowania, można ustawiać je ukośnie w stosunku do podłużnych krawędzi szczypczyków). Same krawędzie boczne zakończeń szczypczyków winne być lekko stępione, aby przy mocniejszym zaciąganiu węzła nie rwały nici. Koniec szczypczyków może być łapkowato rozszerzony; wzmacnia to siłę trzymanie i chwytu nitki. Zastąpienie podanych szczypczyków zwykłymi lub hemostatycznymi nie udaje się, ze względu na ich

słabszą budowę, niedokładne przyleganie i niedostateczne ząbkowanie; skutkiem tego łatwo dochodzi do wyśliznięcia się nici, albo do wykręcenia obu ramion szczypczyków przy mocniejszym ujęciu.

Niezłożony *sposób użycia* wymaga trzech szczypczyków i jednego pomocnika (rys. 2 i 3); pomocnikiem może być nawet osoba niefachowa. Zadanie pomocnika polega li tylko na uważnem utrzymywaniu w szczypczykach jednego końca nitki,—w ciągu całego aktu wiązania—bez zmiany. Chirurg posiada dwoje szczypczyków, i (1) po ujęciu drugiego końca nitki w szczypczyki prawej ręki,



Rys. 3. Wiązanie drugiego (żeglarskiego) węzła. *a. p.* — ręka prawa wiążącego. *a. l.* — ręka lewa wiążącego. *b.* — ręka pomocnika.

wsuwa pomiędzy dwa końce nitki szczypczyki ręki lewej; krzyżując nitkę pomocnika swoją nitką od przodu, chirurg chwyta lewymi (wolnymi) szczypczykami podawany przez prawe szczypczyki koniec nitki, przeciąga go ku sobie przez utworzony przy skrzyżowaniu nitek otwór i szybkim ruchem zaciąga pierwszy węzeł (rys. 2). Przy sa-

mem wiązaniu dla skrócenia czasu pomocnik pomaga chirurgowi, pociągając swoją nitkę w stronę przeciwną (2). Po zaciągnięciu pierwszego węzła chirurg obecnie wolne prawe szczypczyki wsuwa pomiędzy dwie nitki i ponownie krzyżując od przodu nitkę trzymaną przez pomocnika, chwyta niemi trzymaną lewą ręką koniec nitki; ujmując ten koniec i przeciągając go ku sobie przez utworzoną przy skrzyżowaniu nitek pętlę w sposób zupełnie podobny do pierwszego aktu, chirurg zaciąga węzeł drugi (żeglarski, rys. 3).

Przy wiązaniu szczypczykami, *długość nici* nie powinna przenosić 12—15 cm.; oszczędza to zużyty do szycia materiał. Długość nici przy zwykłym palcowem wiązaniu wynosi przeciętnie ok. 25 cm. i więcej.

Ze względu na możliwość szerokiego zastosowania w chirurgji codziennej i w chirurgji nagłych wypadków takich szczypczyków, obeznanie się z ich użyciem na kursach akademickich Chirurgji Operacyjnej może być wskazane.

Z Kliniki Dermatologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego.

Dyrektor Prof. Dr. Zdzisław Sowiński.

O zastosowaniu jontophorezy w dermatologii.

Podał Dr. MARJAN MIENICKI, Adjunkt Kliniki.

Wprowadzenie leków przez skórę w postaci jonów za pomocą prądu galwanicznego nazywamy od czasów *Leduca i Frankenhäuser'a* Jontophorezą (1896 — 1906). Jednak próby elektrolitycznego wcielenia leków istniały od połowy zeszłego stulecia — szczególnie po pracach *Beer'a, Wilhelma* (1869), a następnie *Ultzmanna* (1870).

Herzog napełniał 10% wodnym roztworem kokainy wannę, do której umieszczał chorego i następnie przepuszczał przez nią prąd galwaniczny, lecząc w ten sposób pokrzywkę.

Ehrmann czynił to samo, działając roztworem błękitu metylenowego w figówce; badacz ten używał również w tym celu specjalnie skonstruowanych dzwonów szklanych, napełniał je roztworami błękitu metylenowego lub ichtyolu i działał na miejsca chorobowo zmienione.

Jego badania histologiczne dowiodły, że ichtyol i błękit metylenowy elektrolitycznie wchłaniają się w głąb skóry przez przewody gruczołów i torebki włosowe. *Tuffier i Mauté* dowiedli tego samego w stosunku do roztworu czertrypanowej.

Remac za pomocą prądu galwanicznego otrzymywał dobre wyniki w leczeniu blizn na skórze.

Doświadczalne prace *Krügera* wskazują, że wprowadzone za pomocą prądu galwanicznego przez skórę chemicznie działające jony są — bakterjobójcze.

Doświadczenie *Frankenhäusera* ze strychniną na króliku i *Kahna* z apomorphiną na psie dowodzą, że za pomocą prądu galwanicznego możemy wprowadzić przez skórę do ustroju w postaci jonów tyle jadu, aby spowodować u zwierzęcia zatrucie i śmierć. *Leduc* stwierdził z łatwością kilkakrotnie na sobie toksyczne działanie morfiny, wprowadzanej z pomocą małej elektrody.

Wagner, używając 5% wodnego roztworu kokainy przy sile prądu 6. M.A., otrzymał po 5 minutach kompletne znieczulenie w miejscu dotyku do ciała elektrody, pokrytej flanelą, i radził sposób ten zużytkować dla celów leczniczych.

Winkler, badając wrażliwość skóry na swędzenie, zauważył, że roztwór kokainy powoduje powierzchowne znieczulenie na ból przy zachowaniu zmysłu dotyku.

Jednakże z prac *Herzoga*, również *Leduca* widzimy, że mimo licznych prób w kierunku zastosowania tej metody znieczulania, nie dała ona pożądanych wyników, a nawet *Leduc* w jednym przypadku otrzymał długotrwały obrzęk i zaniechał dalszych badań.

Dalsze próby innych badaczy z kokainą, np. *Delherma i Laquerrière'a* doprowadziły też do obrzęku, który, znikając pozostawia brunatno czerwone zabar-

wienie, wskutek porażenia naczyń. Zabarwienie to trwa przez dłuższy czas (do 6 miesięcy).

Baum, który stosował w kilku przypadkach na skórze elektrolityczne znieczulenie roztworem kokainy z adrenaliną, uważa je za krótkotrwałe i zbyt powierzchowne — jednak nie podaje on koncentracji roztworów, jak również czasu działania i siły prądu.

Powyższa sprawa posłużyła za temat całego szeregu też francuskich autorów jak: *Brillouet*, *Sourdeau* i *Brucker*.

Szczególnie praca *Sourdeau*, wykonana pod kierownictwem *Brocq'a* zasługuje na uwagę, gdyż jonizacja była tu stosowana wyłącznie w schorzeniach skóry. Autor stosował z różnym powodzeniem Jontophorezę w następujących stanach chorobowych:

W wilku rumieniowym, figowce pospolitej, trądziku, brodawkach, wyłysieniach, twardzinie skóry i wilku pospolitym.

Brucker podaje roztwory stosowane w Jontophorezie i wymienia stany chorobowe z różnych dziedzin medycyny, gdzie ona ma zastosowanie.

Bordier, *Destot* i *Savy*, *Chauvet* i inni wykazali w moczu obecność jonów elektrolitycznie wprowadzonych do ustroju.

Prace doświadczalne *Bourguignon'a* i *Conduché*, które były przedmiotem omawiania w Paryskiej Akademii Nauk, stwierdziły, że jod po elektrolitycznym wcieleniu w przeważnej ilości wydziela się z moczem.

Ci sami autorzy skonstatowali specjalnymi sposobami badania nawet ilość wcielonego jodu.

Stwierdzają oni, że ilość jodu, wydzielanego z moczem, narazie wzrasta, następnie utrzymuje się na pewnym równym poziomie, i że wydzielanie trwa jeszcze dni kilka po zaniechaniu jonizacji.

Bourguignon wyprowadza wnioski, że wprowadzony drogą jonizacji jod magazynuje się w gruczole tarczycowym. Przy uszkodzeniu naskórka udało mu się wykryć ślady jodu na przeciwległym biegunie.

Brillault po iod-Jont. znajdował ślady jodu w slinie.

Jednakowoż liczne badania, dokonane nad Jontophorezą, nie przyczyniły się do jej rozpowszechnienia w dermatologii, a to ze względu na rozbieżność otrzymywanych wyników i niejednostajność poglądów na wchłanianie leków, wprowadzonych drogą jonizacji. Dopiero ostatnimi czasy zaczyna ona wzbudzać ogólne zainteresowanie, zwłaszcza w leczeniu schorzeń skóry i oczu.

Powodem tego zjawiska jest pogłębienie teoretycznej wiedzy co do istoty prądu galwanicznego i jego działania na ustrój, — szczególnie dzięki badaniom nad kolloidami.

Stąd też i prace nad jontophorezą nabierają więcej teoretycznych podstaw, a zarazem znaczenia w praktycznym zastosowaniu.

Na obfitym materiale rannych *Bourguignon* i *Chiray* stosują iod-Jont. i osiągają w 85% pomyślne wyniki w leczeniu blizn.

Następnie *Lucas* (1922) ogłasza w tej kwestji swą pracę. Stwierdził on również w trzech przypadkach twardziny skóry znaczne polepszenie stanu pod

wpływem iod-Jontophorezy; miało to znaczenie nie tylko kosmetyczne, ale dotyczyło poprawy ruchów mięśni, ruchów stawowych, oraz ustępowania zaburzeń troficznych.

Darier, według systemu wskazanego przez *Bourguignona*, radzi również przy twardzinie skóry ten sposób leczenia.

W r. 1919. *Beck* stosuje z dobrym wynikiem iod-Jont. podczas epidemii róży u dzieci.

W r. 1922. *F. Wirz* ogłosił pracę, w której mówi, że jontophoreza zasługuje w dermatologii na większą uwagę, niż to czyniono dotychczas.

Stosował on jontophorezę w 38. rozmaitego rodzaju przypadkach chorób skóry, a nawet w rzeżączce.

Stąd dochodzi do wniosku, że ichtyolowa Jontophoreza przy figówce, a jod potasowa w liszaju strzygącym przewyższa w skutecznym działaniu wszystkie dotychczasowe metody leczenia łącznie z Rentgenoterapią.

Również jako środek znieczulający może posiadać ona wielkie zastosowanie w rozmaitych zabiegach i drobnych operacjach na skórze. Leczenie żołądów skóry oraz wilka pospolitego za pomocą wprowadzenia leków Jontophorezą uważa on w większości wypadków za bezskuteczne.

Modyfikując sposób *Pokornego*, *Wirz* daje wskazówki, jak po znieczuleniu należy działać na sieci patologicznie rozszerzonych naczyń, przyczem znowu podkreśla przewagę znieczulania za pomocą Jontophorezy.

W tym celu używa on roztworu następującego: coc. hydrch. 0,2 sol. suprarerin (1:1000) 0,5 aquae dest. 10,0, którego działanie najpierw wypróbował na sobie.

Ten roztwór różni się od używanych przez dawniejszych autorów tem, że *Wirz* dodaje odpowiednią ilość adrenaliny do kokainy, osiągając przez to nie tylko znieczulenie, ale też zwężenie naczyń tkanki zdrowej, co wywołuje anemizację i ułatwia dalszy zabieg, n. p. doprowadzenie do koagulacji lub wypalenie igłą. Znieczulenie ma być według niego doskonalsze niż przy wstrzykiwaniach podskórnych.

W jednym przypadku dokonał on w ten sposób wycięcia ogniska wilkowego wielkości bobu.

W dalszym ciągu zjawily się prace *Chipmana*, oraz *Sellei'a* i *Fenyo*. Ci ostatni autorzy chwalą również znieczulający sposób podany przez *Wirza* i gorąco zalecają stosować go zwłaszcza przy zabiegach kosmetycznych.

W sprawie zaś leczenia figówki i liszaja strzygącego nie osiągali oni tak skutecznych i prędkich wyników, jak *Wirz*; działając Jontophorezą musieli jednocześnie posługiwać się częstokroć maściami (np. 10% białą maścią rtęciową), a niekiedy stosowali nawet Rentgenoterapię. Czas trwania kuracji jest u nich dłuższy, niż u *Wirza* (miesiąc i więcej zamiast 8 dni).

Zanim przejdę do omawiania własnych spostrzeżeń, chcę choć pokrótce dać wytłumaczenia działania Jontophorezy na ustrój ludzki i podać technikę, którą przytem stosowałem.

Wiadomem jest, że żywy organizm z punktu widzenia elektrochemicznego

w przeważnej swej mierze składa się z rozczyńców soli; rozpadających się na pozytywne (kationy $+$) i negatywne (aniony $-$) jony i jest dobrym przewodnikiem prądu.

Wobec powyższego możemy zastosować do tkanek żywych ogólne prawa elektrolizy, a za pomocą prądu galwanicznego wcielać przez skórę środki lecznicze w postaci jonów.

Dowolnie możemy od anody (biegun pozytywny $+$) wprowadzić wszystkie kationy, np. ciężkie metale, H.-jony kwasów, lub od katody (biegun ujemny $-$) wprowadzać aniony t.j. wędrujące ku anodzie jony np. H.-jony zasad i wcielać je do ciała. Przy takim wcielaniu zostaje naruszona fizjologiczna przemiana materji komórki (czyli t. zw. molekularna orientacja komórki). Spowodowane zaś przez to przesunięcie jonów w komórce nie pozostaje bez wpływu na biologiczne własności skóry. Zdolność jej rezorbcyjna po działaniu prądu galwanicznego staje się widoczną i jest nam dostatecznie znaną z dziedziny farmakologii, fizyki i chemji koloidalnej (*Tappeiner, Krawkow, Świętosławski, Handovski*).

Z powyższego widocznem jest, że przy odpowiednim doborze środków możemy przez skórę wcielać je w postaci jonów, bądź z anody ($+$) bądź z katody ($-$).

Skutki działania zależne są ściśle od ilości wcielonych jonów.

Schnyder działanie to dzieli na trzy następujące stopnie: pierwszy stopień, działanie tropiczne, podrażniające chorą tkankę; przy wcieleniu większej ilości zaczynają działać specyficzne właściwości danych jonów t. j. występuje ich bakterjóbójcze działanie; wreszcie będziemy mieli albuminolityczne działanie danych jonów.

Tak się przedstawia działanie Jontophorezy na ustrój.

Co się tyczy strony technicznej, to używałem w swych przypadkach jako bieguna aktywnego zwykłych cienkich (1,5 mm.) ołowianych elektrod rozmiaru: 6×8 , 6×10 i 8×12 cm.

Elektrody pokrywałem kilkakrotnie (6—8) złożoną gazą, przesiąkniętą działającym rozczyńcem. Brzegi gazy w celu uniknięcia oparzenia muszą nieco wystawać poza elektrodę i jaknajszczelniej dotykać do powierzchni ciała.

Passywną elektrodę zazwyczaj sam chory trzymał w ręku lub umieszczałem ją na przedramieniu. Za przykładem *Leduca, Sellei'a i Fenyo*, rozmyślnie brałem gazę, a nie papier filtrowy, jak to czynił *Wirz*, ze względu na to, że przy tem mniej jest obawy uszkodzenia tkanek skóry, co łatwo może nastąpić, np. podczas rozerwania się wczasy zabiegu wilgotnego papieru.

Dla celów znieczulania posługiwałem się okrągłą grubszą metalową elektrodą wielkości, odpowiadającej ognisku z prostopadłą do ciała rączką, któremi łatwiej jest w tych razach operować.

Wirz używał siły prądu do 20 M. A., *Sellei* i *Fenyo* obchodzili się prądem o sile do 4 M. A., wychodząc z założenia, że silniejszy staje się już przykrym dla pacjenta.

Ze swej strony również stwierdziłem, że zazwyczaj prąd o sile przekracza-

jącej 8 M.A., staje się dla chorego drażniącym, i wobec tego nie przekraczałem tej normy.

Nadmienić jednak należy, że wogóle wrażliwość u chorych bywa nader różna, skutkiem czego sprawę tę w każdym poszczególnym przypadku trzeba traktować indywidualnie.

Są również osoby, które mogą nieoczekiwanie zareagować na wcielenie danego leku. Chociaż doświadczenie *Kahna* mówi nam, że objawy zatrucia drogą elektrolizy u zwierzęcia występują później i przy znacznie większej ilości jadu, niż to ma miejsce przy wstrzykiwaniu (w 2 minuty po wstrzyknięciu 0,01 apomorphiny następują u psa wymioty, a elektrolit. 0,2 — dopiero po 10 minutach), jednak z tą możliwością trzeba się liczyć.

Wirz, np. mówi o przypadku, gdzie po zastosowaniu u chorej jod. jontophorezy na niewielkim ognisku z racji *trichophyton corpor.* otrzymał w następstwie objawy jodyzmu. Przypuszczalnie jest wtedy możliwym zatrucie i innymi lekami; z tego powodu należy pamiętać, ażeby zapomocą działania w razie kokainy chory nie był naczczo lub przemęczony gdyż, jak wiemy, statystyka lat ubiegłych stwierdza, że wypadki zatrucia i śmierci są częstsze przy wstrzykiwaniach tego środka niż przy narkozie chloroformowej.

Czas działania następujący: 15 minut przy jodowej jontophorezie, 20 minut przy ichtyolowej i 10 minut przy znieczulającej

Co się tyczy koncentracji roztworu, to dla znieczulenia brałem roztwór *Wirza*, w liszaju strzygącym działałem roztworem *Lugola*, oraz w figówce stosowałem 20% roztwór ichtyolu, chociaż *Sellei i Fenyó* brali nawet silniejszy, bo 30% roztwór. Ja zaś nie używałem silniejszego roztworu ichtyolu ze względu na obawę wywołania miejscowego podrażnienia.

Przechodząc teraz do omawiania własnych przypadków i spostrzeżeń, których miałem 28, muszę powiedzieć, że dzięki nader zachęcającym wynikom, jakie miał *Wirz*, miałem na celu wykorzystanie tego sposobu leczenia w Polsce, gdzie zwłaszcza po wojnie cierpienia skóry, szczególnie o charakterze pasorzytniczym i gruźliczym, przybrały wprost zatrważające rozmiary. Szukanie pomocy w rentgenoterapii, a tembardziej w radzie, lub świetle *Finsena* niezawsze jest możliwe i dostępne dla szerszych mas.

Niezbyt skomplikowana natomiast technika, oraz względna taniość samego pantostatu — zdaje się mogłyby oddać wielkie usługi w najbardziej oddalonych zakątkach kraju.

Z inicjatywy Kierownika Kliniki P. Profesora D-ra *Zdzisława Sowińskiego* przystąpiłem do pracy, starając się jednocześnie uniknąć zbytniego schematyzowania w stosowaniu jontophorezy w przypadkach schorzeń skóry różnej etiologii.

Spostrzeżenia moje dzielę na następujące dwie grupy:

A) Zastosowanie jontophorezy w celach leczniczych.

B) Jontophoreza, jako przedwstępne znieczulenie w miejscowych zabiegach na skórze.

Grupa A.

I.

Przypadków grzybicy strzygącej (Trichophytiasis) miałem 9., z tych 7-owłosionej części głowy, 1-głowy i ciała i 1 tylko na powłoce skóry nieowłosionej.

(Technika rozczyn Jod. pur. 1, o K. I. 2, o Aq. des. 300,0, 15 min. 8 M. A. z katody).

Przyp. 1. Danuta W. lat 9 licząca zgłosiła się do kliniki 6/V 25 r. L. Ks. Am. 201—VI., choruje od roku. Na owłosionej części głowy stwierdzono liczne złogi łuski, włosy przerzedzone. Miejsce pokryte łuską o kształcie okrągłym, rozmaitej wielkości. Na tylniej części szyi, na podbródku i na grzbiecie trzeciego palca prawej górnej kończyny zmiany chorobowe głębsze, również o charakterze grzybkowym. Wielkość tych ognisk sięga na szyi i na podbródku dwóch złotych; na palcu zajmuje pierwszy i drugi paliczek.

Pobrany materiał (włosy i łuska) przy badaniu mikroskopowym wykazał obecność grzybka: Trichoph. ecto i endothrix. (w tym przypadku, jak i w następnych, badanie mikroskopowe dokonywałem ogólnie przyjętym sposobem — jak to podano u *Sterlinga* — *Okuniewskiego*, *Steina* i in.).

9/V—25 r. zastosowano Jod. Jont. na uwłosioną część głowy i icht.—Jont. na okolice nieowłosione.

10/V—25 r. na miejscach nieowłosionych ogniska zmarszczyły się — przyschły. Na głowie prócz żółtawego koloru, jaki przybrały złogi łuski — stan bez zmiany. Jod-Jont na głowie.

12/V—25 r. na miejscach nieowłosionych pozostało tylko lekkie różowe zabarwienie. Na owłosionej części głowy widocznych zmian nie stwierdzono. Jod-Jont na głowie.

15/V—25 r. łuszczenie na głowie trwa. Jod-Jont.

17/V—25 r. stan bez zmiany. Jod-Jont.

20/V—25 r. charakter łuszczenia się zmienił, stało się ono bardziej delikatnem, otrębiastem. Jod-Jont. na pół głowy (strona lewa).

21/V—25 r. Jod-Jont. na pozostałą część głowy z dnia 20/V—25 r. Chorej zalecono po tygodniu zgłosić się do kontroli.

30/V—25 r. zewnętrznie obraz kliniczny mało się zmienił od czasu ostatniej bytności. Drobne łuszczenie trwa w dalszym ciągu. Włosy i łuskę z miejsc najbardziej podejrzanych pobrano do badania, jednak pomimo przejrzania szeregu preparatów grzybka nie znaleziono.

10/VI—25 r. ponowna kontrola grzybka nie wykryła. Łuszczenie chociaż mniejsze istnieje.

2/VII—25 r. u chorej stwierdzono niemal zupełny zanik łuski i normalny porost włosów. Badanie mikroskopowe nie wykazuje grzybka.

13/VIII—25 r. obraz zewnętrzny przedstawia się jak w dniu 2/VII—25 r. t. j. łuski mamy bardzo mało. Kontrola mikroskopowa grzybka nie wykazała.

2/IX—25 r. zewnętrznie bez zmian. Badanie mikroskopowe wykazało obecność grzyba wewnątrz włosa (endothrix).

Przyp. 2. Josel Z. zgłosił się 13/VI—25 r. L. ks. amb. 36 — V, lat 3^{1/2} zgłosił się chory od trzech miesięcy. Obecnie po stronie prawej owłosionej części głowy i na potylicy 5 ognisk w postaci krążków wielkości od 20—50 groszy pokryte łuską. Na miejscach chorobowo zmienionych włosy krótkie, zmian głębszych niema. Badanie mikroskopowe: trich. ectothrix.

W tymże dniu (po uprzednim ogoleniu głowy) zastosowano Jod-Jont. na całą owłosioną powierzchnię głowy.

Do następnej wizyty chory zgłosił się dopiero dnia 18/VI—25 r. Zewnętrzny obraz zmienił się na lepsze. Łuski mniej. Jod-Jont.

20/VI—25 r. znowu zastosowano Jod-Jont.

23/VI—25 r. zewnętrznie łusk niema. Jod-Jont.

25/VI—25 r. wobec całkowitego zniknięcia łuszczenia pobrano materiał do badania mikroskopowego, które nie wykazało obecności grzybka.

7/VII—25 r. ponowne badanie grzybka nie stwierdza.

13/VIII—25 r. obraz zewnętrzny odpowiada całkowitemu uleczeniu. Mikroskopowo grzybka nie wykryto.

19/IX—25 r. porost włosów normalny. Łuski niema. Mikroskopowo grzybka nie znaleziono.

9/X—25 r. stan zewnętrzny jak wyżej. Przy badaniu grzybka nie wykryto.

Przyp. 3. Masia Z. lat 8 zgłosiła się 5/VI—25 r. L. ks. amb. 71—V. Chora od trzech miesięcy. Na owłosionej części głowy, mianowicie na szczycie i potylicy cztery ogniska chorobowo zmienione. Wielkość jednego ogniska o charakterze głębszym, umiejscowionego na potylicy, sięga średnicy 4 cm. Miejsce to jest nacieczone, ropiejące. Pozostałe 3 ogniska o zmianach bardziej powierzchownych się nieco mniejsze. Włos łamliwy, ilość łuski obfita. Badanie mikroskopowe wykazuje obecność grzybka: trich. endothrix.

5/VI—25 r. Jod-Jont. na całą powierzchnię głowy.

6/VI—25 r. sączenie nieco mniejsze — pozatem stan bez zmian. Jod-Jont.

8/VI—25 r. na miejscu głębszych zmian poprawa widoczna, sączenie ustało. W ogniskach powierzchownych łuszczenie trwa. Jod-Jont.

10/VI—25 r. w miejscach o zmianach powierzchownych łuski mniej. W miejscu głębszych zmian sączenia niema — pozostał naciek. Jod-Jont.

13/VI—25 r. łuska znika. Miejsce, gdzie były głębsze zmiany, przedstawia się nacieczonym. Po pobraniu materiału do badania zastosowano Jod-Jont.

Badanie mikroskopowe nie wykazało obecności grzyba.

18/VI—25 r. wobec istniejącego w dalszym ciągu nacieku na miejscu o zmianach głębszych — zastosowałem jedynie na tę okolicę ichtyol—Jont.

25/VI—25 r. kontrola nie wykazała ponownie obecności grzybka. Głowa przedstawia się całkiem normalnie — jedynie brak owłosienia tam, gdzie były głębsze zmiany. Naciek ustąpił.

13/VIII—25 r. obraz zewnętrzny jak 25/VI—25 r. Przy badaniu mikroskopowym również grzybka nie wykryłem.

30/IX—25 r. u chorej zaobserwowałem pojawienie się łuski. Badanie mikroskopowe ustaliło obecność grzybka.

Przyp. 4. Genia L. 1 1/2 roku zgłos. się 5/VI—25 r. L. ks. amb. 203—VI, chora. Liczne ogniska pokryte dość obficie łuską rozrzuconą po całej powierzchni owłosionej części głowy. Wielkość pojedynczych ognisk waha się od 20 groszy do ziarnka grochu. Włosy przerzedzone. Zmian głębokich niema. Badanie mikroskopowe — grzyb wewnątrz włosa (trich. endothrix).

8/VI—25 r. Jod-Jont, na całą owłosioną powierzchnię głowy.

11/VI—25 r. zmian zewnętrznych nie daje się zauważyć. Jod-Jont.

18/VI—25 r. łuszczenie, chociaż nieco mniejsze, nie ustępuje. Jod-Jont.

21/VI—25 r. łuski znacznie mniej. Jod-Jont.

29/VI—25 r. zaobserwowałem u chor. delikatne jednolite złuszczenie się naskórka na całej powierzchni głowy; obraz ten uniemożliwiał odróżnienie i odgraniczenie miejsc pierwotnie dotkniętych chorobą od normalnych.

4/VII—25 r. zauważone poprzednio jednolite łuszczenie się — znowu przybrało charakter bardziej ogniskowy, chociaż ilość samych ognisk jest mniejsza. Badanie mikroskopowe wykazało istnienie grzybka, którego człony przedstawiają się, jakgdyby nieco scieńczałe.

Wobec tego zastosowałem nową serję Jod-Jont., którą przerobiłem choremu sześć razy: 6/VII—25 r. — I, 8/VII—25 r. łuski mniej — II, 11/VII—25 r. łuski prawie niema — III, 13/VII—25 r. st. idem — IV, 15/VII—25 r. łuski znikła całkiem — V i 17/VII—25 r. Jod-Jont. poraz 6-ty. Żadnych śladów ze wnętrnie chorobowych nie daje się zauważyć.

Po tych powtórnych sześciu zastosowaniach Jod-Jont., choremu zaleciłem zgłosić się do kontroli po dziesięciu dniach. Przybył jednak dopiero 13/VIII—25 r. W dniu tym stwierdziłem nietylko ogniskowe łuszczenie się, co już zewnętrznie rzucało podejrzenie nawrotu choroby, ale i mikroskopowo obecność grzybka została stwierdzona.

Przyp. 5. Marja P. w wieku 6^{1/2} lat, zgłosiła się 20/VI—25 r. L. ks. amb. 64 — V. Chora od miesiąca. Obecnie na skórze zmiany na owłosionej części głowy są następujące: 5 okrągłych ognisk z przerzedzonymi włosami po prawej stronie potylicy — wielkości od 20—50 groszy. Po stronie lewej ciemieniowej 2 ogniska wielkości 2-ch złotych. Mikroskopowe badanie ustala obecność grzybka w łusce: trich. ectothrix.

20/VI—25 r. Jod-Jont, na owłosioną część głowy.

22/VI—25 r. reakcji żadnej na skórze nie zauważyłem. Łuski mniej. Jod-Jont.

24/VI—25 r. zewnętrzny stan znacznie się polepszył. Gdzie włosy były poprzednio przerzedzone, obecnie jest to mniej wyraźnem i odgraniczonem. Jod-Jont.

26/VI—25 r. stan jak wyżej. Jod-Jont.

1/VII—25 r. zmiany chorobowe znikły. Mikroskopowo grzybka nie znalazłem.

16/VII—25 r. zmian chorobowych nie znać. Grzybka nie wykryto.

6/IX—25 r. porost włosów normalny, skóra gładka grzybka nie wykryto.

Przyp. 6. Marjan G. lat 8 zgłosił się 15/VI — 25 r. L. ks. amb. 204 — VI, chory od roku. Na potylicy po stronie lewej jedno ognisko wielkości równającej się średnicy 4-ch ctm.; dookoła niego kilkanaście mniejszych ognisk.

W tych miejscach włos łamliwy i krótszy od otaczających go włosów na skórze normalnej. Po stronie prawej również na potylicy 2 ogniska wielkości 20-tu groszy o zmianach identycznych z przytoczonymi. Mikroskopowe badanie wykazuje obecność grzyba wewnątrz włosa (trich. endothrix).

17/VI—25 r. Jod-Jont. na owłosioną część głowy.

19/VI—25 r. po stronie lewej pozostały zaledwie ślady łuski. Jod-Jont.

21/VI—25 r. po stronie lewej łuszczenia nie widać. Po stronie prawej jest ono mniejsze. Jod-Jont.

23/VI—25 r. skóra gładka bez łusk. Wygląd nie sprawia wrażenia, by proces chorobowy trwał. Jod-Jont.

25/VI—25 r. obraz zewnętrznie jak wyżej. Jod-Jont.

27/VII—25 r. chory zgłosił się do kontroli. Widać nieznaczne łuszczenie. Badanie wykazało obecność grzybka.

Przyp. 7. Benjamin W. lat 5 zgłosił się 25/VI — 25 r. L. ks. amb. 205 — VI. Przed kilku dniami matka chorego zanotowała na lewym boku w okolicy 8-ego żebra zmianę u dziecka na skórze. Stwierdziłem w tem miejscu ognisko wielkości 50 groszy, którego część środkowa zlekka się łuszczy, brzegi usiane małemi pęcherzykami. Przy badaniu mikroskopowem łuski: trich. ectothrix.

25/VI—25 r. Jod-Jont.

27/VI—25 r. pęcherzyki znikły. Jod-Jont.

1/VII—25 r. nieznaczne zabarwienie nieco intensywniejsze od otaczającej skóry.

8/VII—25 r. żadnych śladów zmian chorobowych nie pozostało.

Przyp. 8. Asia E. lat 6 zgłosiła się 6/VII — 25 r. L. ks. amb. 206 — VI. Chora 4 miesiące. Na owłosionej części głowy liczne ogniska pokryte drobną łuską — wielkość pojedynczych ognisk sięga 1 złotego, pozostałe mniejsze. Włos łamliwy — znacznego przerzedzenia niema. Badanie mikroskopowe: trich. ecto i endothrix.

7/VII—25 r. Jod-Jont. na owłosioną część głowy.

9/VII—25 r. poza żółtawym kolorem skóry zmian niema. Jod-Jont.

11/VII—25 r. łuski nieco mniej. Jod-Jont.

13/VII—25 r. na większej ilości ognisk łuska znikła, pozostawiając gładką powierzchnię skóry. Jod-Jont.

18/VII—25 r. chora sprawia wrażenie uleczonej — żadnych śladów łuski. Jod-Jont. Chorej zalecono zgłosić się po 2 tygodniach.

Z powodu odry chora do kontroli stawiała się dopiero 17/VIII—25 r. Obraz zewnętrzny przedstawiał się w dniu tym zupełnie pomyślnie. Łuszczenia nie dało się stwierdzić. Badanie jednak włosów wykazało obecność grzybka wewnątrz włosa (endothrix).

Przyp. 9. Lejba M. w wieku lat 13, L. hist. ch. 88. Chory od 2-ch lat. Owłosiona część głowy usiana drobną ogniskowo ułożoną łuską; gdzieś istnieją strupki, pod którymi zawiera się ropa — włosy w tych miejscach wychodzą z łatwością. Po stronie prawej potylicy 3 takich nieco większych ognisk (wielkości 20 groszy) niemal zupełnie pozbawionych owłosienia.

6/VII—25 r. badanie mikroskopowe: trich. endo i ectothrix.

9/VII—25 r. Jod-Jont. na owłosioną część głowy.

11/VII—25 r. ogniska o charakterze głębszym przyschły. Jod-Jont.

12/VII—25 r. łuski mniej. Jod-Jont.

13/VII—25 r. chorobowe zmiany ustąpiły. Jod-Jont.

14/VII—25 r. zewnętrznie mamy obraz zupełnego uleczenia. Jod-Jont.

15/VII—25 r. Jod-Jont. W dniu tym chory opuszcza klinikę; zgłosił się

30/X—25 r., stwierdzono obfite łuszczenie. Mikroskopowo: trich. endo i ectothrix.

Wyniki jontophorezy w liszaju strzygącym.

Z przytoczonych pokrótce historii chorób widocznem się staje działanie jontophorezy w grzybicy (Trichophytiasis).

Całkowicie zgadzając się z *Wirzem* co do tego, że zmiany chorobowe na niewłosionych miejscach znikają nadzwyczaj prędko (jak to przytoczyłem w przypadku I i VII), jednak co do szybkiego i niezawodnego uleczenia uwłosionych miejsc tego nie da się powiedzieć. Tam nawet, gdzie zewnętrznie sprawa przedstawia się jako zakończona—przy dokładnem zbadaniu mikroskopowem znajdujemy obecność grzybka. Że zaś grzybica niewłosionych miejsc należy wogóle do łatwo uleczalnej zwykłemi środkami farmaceutycznymi — znacznej wyższości w stosowaniu jontophorezy w tych razach nie widzę. Natomiast tam, gdzie walka z tem cierpieniem jest trudniejsza t. j. na owłosionej części głowy, gdzie bez epilacji dotąd nie utrzymywano pomyślnych wyników, nie należy też od jontophorezy spodziewać się wiele. Na ośmiu takich przypadkach zaledwie w dwóch osiągnętem pomyślny rezultat. Przypadki te należy zaliczyć do form klinicznie łagodniejszych i powierzchownych, gdzie powstanie choroby miało miejsce stosunkowo niedawno.

Również tutaj dowiodłem, że obraz zewnętrzny nie daje nam prawa twier-

dzić, że mamy do czynienia ze sprawą zakończoną. Stąd też u chorego niejednokrotnie trzeba pobierać materiał i obserwować go przez dłuższy okres czasu.

Prócz tego traci się ogromną ilość czasu, osiągając, jak podałem wyżej, niepewne wyniki. Przeciętnie bowiem, by poddać działaniu jontophorezy całą głowę, trzeba przerobić to na ósmiu polach. W ten sposób traci się: $15 \text{ min} \times 8 = 120 \text{ min}$. t. j. 2 godziny trwa jedno posiedzenie.

Zważywszy, że takich posiedzeń musimy zrobić przeciętnie 6 (aczkolwiek jak tego dowiodłem i po 12 niezawsze daje wyniki pewne), tracimy 12 godzin czasu na jednego chorego,

Kwestja czasu nie pozostaje również bez ujemnego wpływu na chorego, co też miałem możność stwierdzić, gdyż o ile na początku chętnie poddawali się oni leczeniu, o tyle końcowe posiedzenia stawały się coraz bardziej denerwujące.

Na zasadzie powyższego nie mogę się zgodzić, że ten sposób ma przewyższać inne, a szczególnie rentgenoterapię, gdzie jak wiadomo, stosunkowo w krótkim czasie osiągamy wyniki pewne, a przy odpowiednim następnie odkazaniu skóry głowy, i stałe.

Być może działając jod—jontophorezą przy następnej zastosowaniu białej rtęciowej maści dałoby się osiągnąć pomyślniejsze wyniki, lecz taki sposób byłby odchyleniem od zasad jontophorezy.

Albowiem otrzymując na skórze połączenie jodku z rtęcią przeszlibyśmy do sposobu leczenia liszaja strzygącego podanego przez *Sachs'a* i stosowanego przezeń od 1919 r.

Sposób ten, jak wiadomo, polega na tem, że po bezpośrednim nasmarowaniu jodyną działamy maścią rtęciową na powierzchnię dotkniętą stanem chorobowym.

II.

Przypadków figówki pospolitej (*sycosis vulgaris*) miałem sześć. W przypadkach tych celem wykluczenia trichophytii również poprzednio badałem mikroskopowo trzon włosa i jego okolicę. Stosowałem tu ichtyolową jontophorezę.

(Technika: 8 M. A. z katody 20 min. 20% ichtiol).

Przypadek 1. Władysław S. lat 21, L. H. Ch. 273, chory od 4-let. Na owłosionej części wargi górnej, oraz na policzkach i podbródku skóra sucha, łuszcząca się, pokryta strupkami. Gdziekolwiek napotykamy małe ropne pęcherzyki. Chory był leczony maściami bez skutku.

6/V—25 r. icht. Jont.

9/V—26 r. ilość ropnych pęcherzyków zwiększyła się, zwłaszcza na policzkach. Icht.-Jont.

11/V—25 r. stan bez zmiany. Icht.-Jont.

13/V—25 r. ilość pęcherzyków ropnych większa. Icht.-Jont.

15/V—25 r. wygląd zewnętrzny jak wyżej. Icht.-Jont.

17/V—25 r. wskutek pogorszenia się, o którym wyżej podałem, zrobiłem przerwę kilkudniową.

24/V—25 r. obraz kliniczny powrócił do stanu pierwotnego. Icht.-Jont. na górną wargę i na okolicę prawego policzka.

26/V—25 r. na miejscach, gdzie była stosowana Jont. powstają liczne pęcherzyki. Icht.-Jont. na tychże miejscach.

28/V—25 r. bez zmiany. Icht-Jont.

30/V—25 r. stan jak wyżej. Icht-Jont.

2/VI—25 r. wobec wyraźnej zmiany na gorsze w miejscach, gdzie była stosowaną Jont., a mianowicie: zaczerwienienie skóry i pojawienie się licznych pęcherzyków dalszego stosowania Jont. zaniechałem.

Przyp. 2. Stefan P. lat 33. L. ks. ambul. 200/VI, chory $\frac{1}{2}$ roku. Obecnie na wardze górnej na bródce po stronie lewej, częściowo i na miejscach uwłosionych lewego policzka — strupki na skórze, nieznaczny naciek i ropienie się.

6/V—25 r. Icht-Jont.

7/V—25 r. u chorego stwierdziłem większe ropienie.

8/V—25 r. stan powrócił do obrazu pierwotnego. Icht-Jont.

9/V—25 r. po drugim posiedzeniu u chorego nastąpiło znaczne pogorszenie: zaczerwienienie skóry, ropienie obfitsze, bolesność. Jont. zaniechałem.

Przyp. 3 Jan U. lat 28, L. h. ch. 301, zachorował w czerwcu 1924 roku. Obecnie uwłosiona część wargi górnej nieco nacieczona pokryta częściowo strupkami, częściowo łuszcząca się.

30/V—25 r. Icht-Jont.

2/VI—25 r. ilość strupków nieco mniejsza. Icht-Jont.

4/VI—25 r. widocznych zmian niema. Naciek trwa. Icht-Jont.

6/VI—25 r. bez zmian. Icht-Jont.

8/VI—25 r. zmian niema. Icht-Jont.

10/VI—25 r. Icht-Jont.

12/VI—25 r. poprawy niema. Icht-Jont.

14/VI—25 r. łuszczenie trwa. Naciek nie ustępuje. Icht-Jont.

16/VI—25 r. status idem. Icht-Jont.

18/VI—25 r. różnicy żadnej. Icht-Jont.

20/VI—25 r. dziesięciokrotne stosowanie Icht-Jont. pozostaje bez wpływu na stan chorobowy. Leczenie przerwano.

Przyp. 4. Władysław K. lat 23, L. h. ch. 300, chory 6 miesięcy. Na owłosionych częściach wargi górnej i policzkach ogniska w postaci małych zaczerwienionych plam oraz strupki.

4/VI—25 r. Icht-Jont.

6/VI—25 r. część strupków odpadła, pozostawiając jedynie różowe zabarwienie na skórze. Icht-Jont.

8/VI—25 r. znaczne polepszenie. Strupki znikają; pozostaje zaledwie 3 na policzkach. Icht-Jont.

10/VI—25 r. zmiany chorobowe ustąpiły, pozostawiając tylko zabarwienie skóry. Icht-Jont.

14/VI—25 r. zabarwienie znika. Skóra gładka.

22/VI—25 r. żadnych zmian chorobowych niema. Chory wypisany jako zdrowy.

Przyp. 5. Józef K. lat 23, L. h. ch. 1421. Chory podaje, że choroba trwa 4 lata. Przez czas pewien zmiany chorobowe ustąpiły pod wpływem leczenia maściami, co miało miejsce przed dwoma laty. Od tego czasu nastąpił nawrót, który pomimo leczenia nie ustępuje.

Obecnie na lewym policzku uwłosiona część skóry zaczerwieniona, nacieczona. W miejscu tem istnieje kilka tworów guzowatych wielkości orzecha laskowego, jeden zaś guz większy zbliżowaciały. Miejsce to pokryte strupkami, a przy ucisku wydziela się ropa z tkanki naokoło mieszków włosowych. Po prawej stronie policzka i na uwłosionej części wargi górnej strupki i łuska.

4/V—25 r. Icht-Jont.

5/V—25 r. owrzodzenia przyschły, spłaszczyły się. Icht-Jont.

7/V—25 r. stan jak poprzednio. Icht-Jont.

- 10/V—25 r. wykwitły po stronie lewej ustępują. Icht-Jont.
14/V—25 r. status idem. Icht-Jont.
17/V—25 r. na uwłosionej części wargi górnej i na prawym policzku zmiany chorobowe ustąpiły. Po stronie lewej nacieki trwają. Icht-Jont.
19/V—25 r. stan bez zmiany. Icht-Jont.
22/V—25 r. nacieczenie zmiało. Icht-Jont.
25/V—25 r. Icht-Jont.
27/V—25 r. naciek mniejszy. Icht-Jont.
29/V—25 r. bez zmian. Icht-Jont.
1/VI—25 r. strupów i łuski niema. Na miejsce, gdzie jeszcze istnieją nacieczenia. Icht-Jont.
3/VI—25 r. nacieczenie znacznie mniejsze. Icht-Jont.
7/VI—25 r. skóra przybrała wygląd normalny. Naciek ustąpił pozostawiając jedynie nieznaczny bliznę w miejscu najgłębszego nacieku. Icht-Jont.
10/VI—25 r. chociaż zmiany chorobowe ustąpiły, zastosowałem jeszcze raz Icht-Jont.
Chory pozostawał pod obserwacją do dnia 30/VI—25 r. Żadnych przejawów choroby nie było.
Przyp. 6. Kasryel L. lat 31, L. h. ch. 90. Chory podaje, że choroba rozpoczęła się przed rokiem i nie rozszerzała się poza okolicę wąsów, przed $\frac{1}{2}$ rokiem był leczony promieniami Rentgena. Obecnie na uwłosionej części górnej wargi włosy przerzedzone, częściowo już epilowane, gdzieś strupki i łuska.
17/IV—25 r. Icht-Jont.
18/IV—25 r. w stanie chorobowym nastąpiło znaczne obostrzenie. Skóra zaczerwieniona. Pęcherzyki ropne.
19/IV—25 r. obostrzenie trwa.
20/IV—25 r. z powodu nieustępującego pogorszenia zastosowałem okłady z rezorcyny, nie ryzykując w tym wypadku dalej działać jontophorezą.

Wyniki jontophorezy w figówce pospolitej.

Jak widzimy stosowanie jontophorezy na miejscach owłosionych twarzy w sprawach chorobowych o charakterze ropnym, gdzie mamy do czynienia z zapaleniem mieszków włosowych z otaczającą go tkanką—mało czem się różni od zastosowania tej metody w przypadkach liszaja strzygącego.

Niezawsze bowiem osiągamy tu skuteczne działanie, a częstokroć mamy nawet pogorszenie się sprawy chorobowej.

W przypadku 5-ym, gdzie choroba istniała szereg lat, gdzie mieliśmy początkowo liczne twory guzowate, i blizny, otrzymałem po dłuższym działaniu icht-Jont. uleczenie. Również w przypadku 4-ym po czterokrotnym zastosowaniu jontophorezy miałem pomyślny wynik.

W przypadkach natomiast innych, jak to widzieliśmy z hist. chor., metoda ta albo nie daje żadnych wyników albo też widzimy nawet pogorszenie.

Stąd jakgdyby wynika, że *Baum* miał rację, twierdząc, że tu jontophoreza niema żadnej wyższości w działaniu nad maściami, które jak wiemy, również częstokroć zawodzą.

Na podstawie moich spostrzeżeń wynika, że sposobu tego można próbować, ale o ile po 1-em lub 2-iem posiedzeniu następuje chociażby nieznaczne pogorszenie stanu chorobowego — należy go zaniechać uciekając się do innego sposobu leczenia.

Grupa B.

Przypadków, gdzie jontophorezę stosowałem pomocniczo w celach znieczulenia, miałem 13, z których 9 wilka pospolitego i 4 naczyńniaków.

I.

Wilk pospolity (*Lupus vulgaris*).

(Technika znieczulania: rozc. coc. hydr. 0,2 sol. suprar. (1,0:1000) 0,5 aq. dest. 10., 8 M. A. z anody).

Przyp. 1. Hirsz. W. L. h. ch. 78 lat 20, chory od 5-ju lat. Na skrzydłach nosa silne zaczerwienienie skóry. Nozdrza owrzodziały, po części

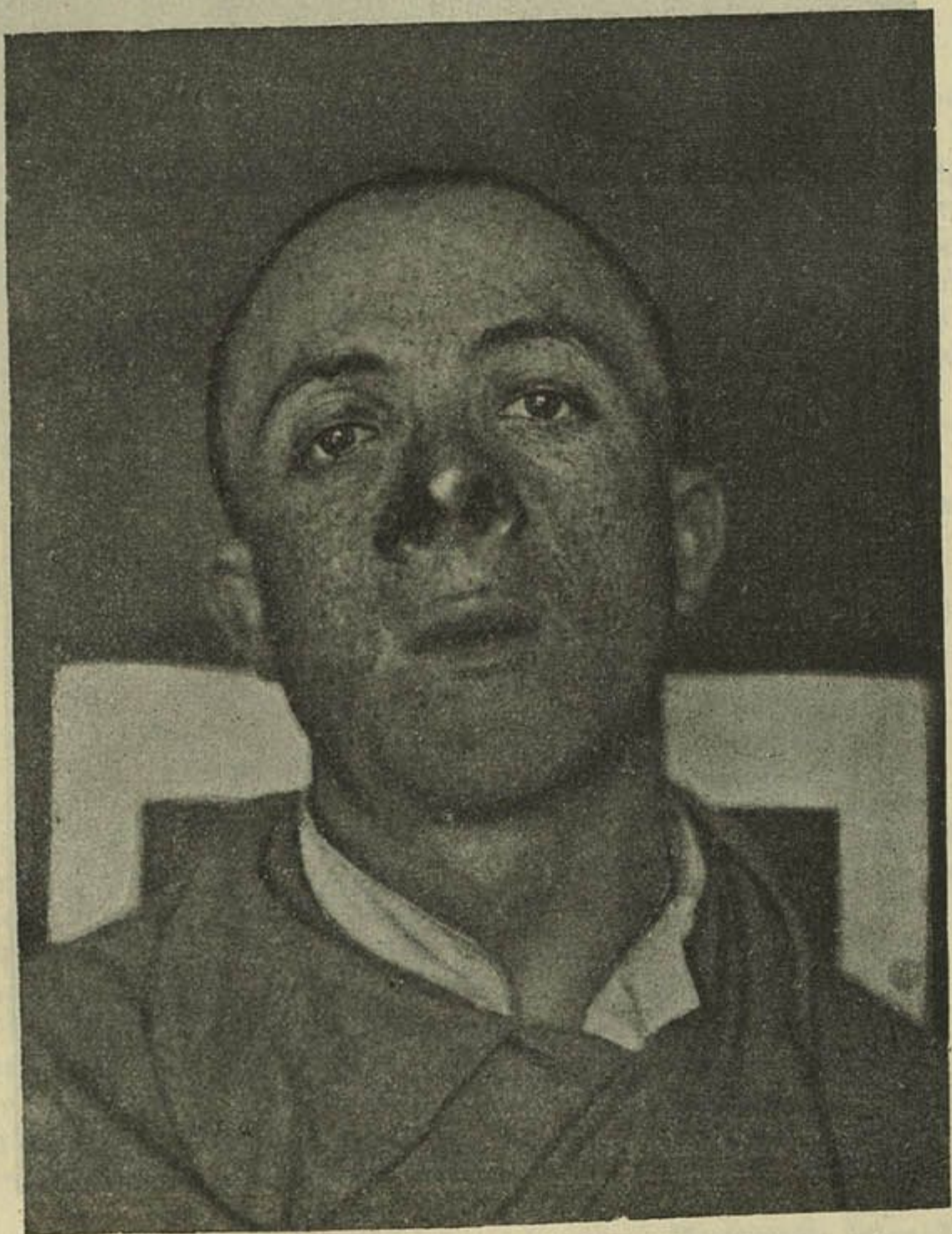


Fig. I. Chory H. W. przed rozpoczęciem leczenia.

zniszczone, chrząstkowa przegroda nosowa zniszczona. Na błonie śluzowej kanału nosowego strupy i gruzelki. Na podniebieniu miękkim powierzchowne pojedyncze owrzodzenia. Na powłokach skórnych tułowia i kończyn zmian niema. Na twarzy liczne piegi. Pirquet — dodatni. R. W. —

27/V — 25 r. po znieczuleniu adren. + coc. wypalenie gruzełków i owrzodzeń cienką igłą galwano-kaustyczną po stronie lewej. Zabieg dokonano bez bólu.

28/V — 25 r. na miejscu wczorajszego wypalania utworzyły się suche strupy. Po znieczuleniu Jont. strony prawej — wypalenie.

1/VI — 25 r. Strupki na miejscach wypalanych utrzymują się.

4/VI — 25 r. część strupków po stronie lewej odpadła, pozostawiając na swych miejscach delikatne niegłębokie blizny.

10/VI — 25 r. niemal wszystkie strupki odpadły. Nos nabiera kształtów normalniejszych.

13/VI — 25 r. blizny niespecące. Wszystkie strupki poodpadały.

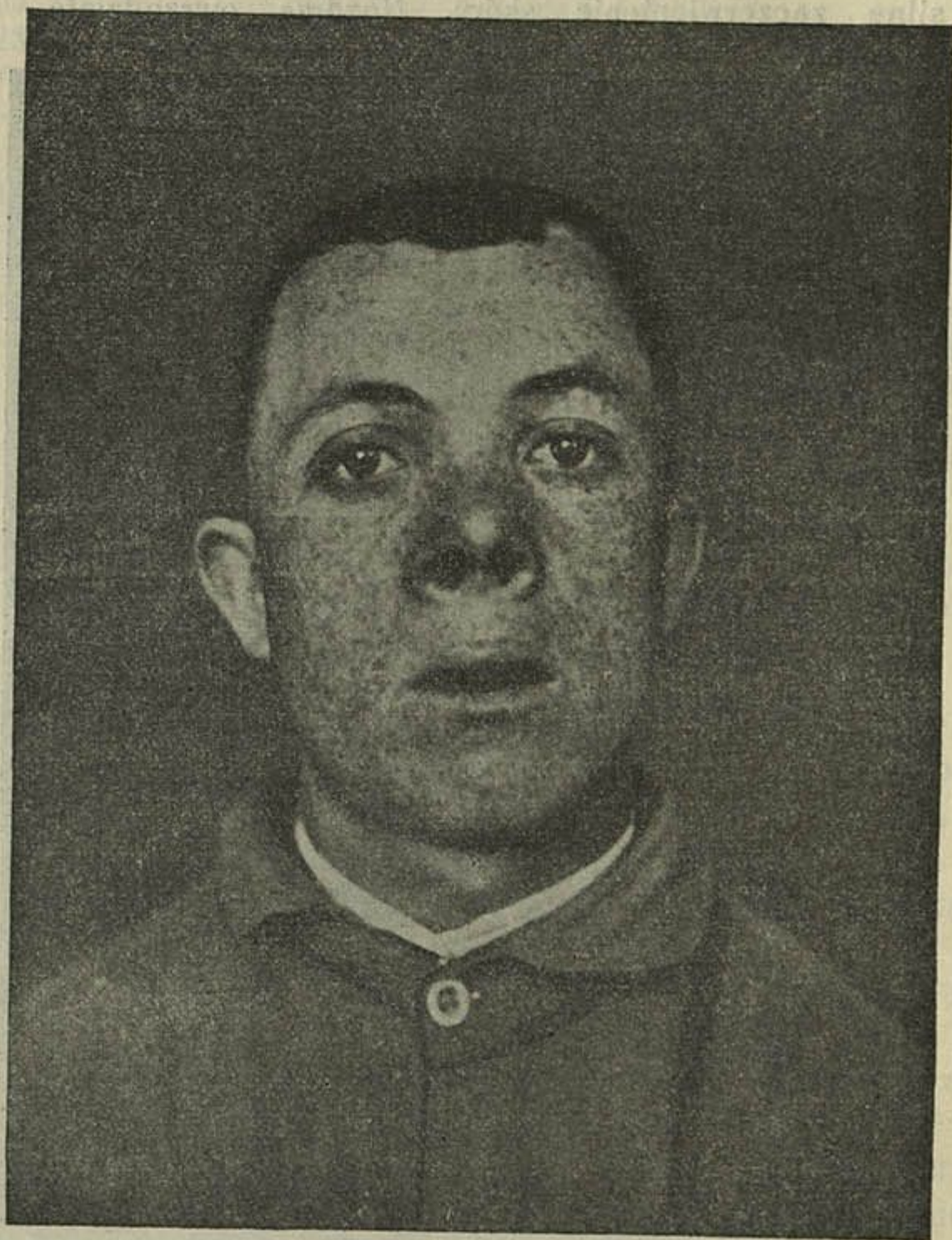


Fig. II. Chory. H. W. po Jont.

14/VI — 25 r. po znieczuleniu Jont. miejsc dostępnych, wypalenie gruzełków na części błony śluzowej nosa. Zabieg przeszedł bez bólu.

16/VI — 25 r. strupki po ostatnim wypalaniu utrzymują się.

18/VI — 25 r. stan bez zmiany.

20/VI — 25 r. strupki zaczynają odpadać.

23/VI — 25 r. w miejscu odpadniętych strupków żadnych owrzodzeń niema.

25/VI — 25 r. wobec istnienia u chorego zmian wilkowych na błonie śluzowej podniebienia (które były przypalane ac. chrom.) celem utrwalenia wyników, osiągniętych przy pomocy Jont., choremu zastosowano naświetlanie promieniami Rentgena.

Z umieszczonych fotografii widzimy, jaki dodatni wpływ osiągnięto tym sposobem, zanim przystąpiono do rentgenoterapii (fig. I i II),

Przypadek 2. Lejba M. w wieku lat 13. L. k. ch. 88., chory trzy lata. Duża blizna wielkości płata cytryny na prawym policzku przechodząca na okolice nosa. Brzegi blizny, jak również w mniejszym stopniu i część środkowa, usiana licznymi gruzelkami. Pirquet — dodatni. R. W. —

2/VII — 25 r. znieczulenie Jont. i wypalenie gruzelków. Zabiegu dokonano bez bólu.

4/VII — 25 r. na miejscach wypaleń suche strupki. Żadnej zapalnej reakcji niema.

6/VII — 25 r. strupki częściowo odpadły, pozostawiając nieznaczne wklęsłe bliznki.

12/VII — 25 r. wszystkie strupki odpadły. Gruzelki zniszczone, blizny nie-szpeczące. Przystąpiono celem utrwalenia wyniku do rentgenoterapii.

Przyp. 3. Józef M. L. k. ch. 84., w wieku lat 24, chory od lat 8. Na twarzy, a mianowicie czole, obu policzkach i wargach zbliźnowacenie wilkowe o brzegach wyniosłych, usianych gruzelkami i wrzodziejących. Nos ptasi, zniekształcony. Powieki wywinięte. Na błonie śluzowej jamy ustnej również owrzodzenia. Języczek zniszczony. Pirquet — dodatni. R. W. —

20/VI — 25 r. po znieczuleniu rozc. coc. + adr. przy pomocy Jont. wypalenie owrzodzeń po stronie lewej czoła i policzka igłą galwano-kaustyczną.

22/VI — 25 r. miejsce wypalone pokryło się strupami suchymi. Dalsze wypalenie po stronie lewej.

26/VI — 25 r. zakończenie wypalania strony lewej.

2/VII — 25 r. w miejscu, gdzie najprzód było stosowane wypalanie, strupki odpadają. Również po znieczuleniu Jont. przystąpiłem do wypalań po stronie prawej.

4/VII — 25 r. dokończenie wypalania.

6/VII — 25 r. po stronie lewej strupki odpadły.

9/VII — 25 r. pozostałe strupki po stronie prawej z łatwością się usuwają. W tem miejscu pozostaje powierzchnia bez owrzodzeń i gruzelków. Brzegi blizn spłaszczyły się. W dalszym ciągu można było przystąpić w tym stanie do leczenia światłem.

Przyp. 4. Genowefa P. lat 19., L. ks. amb. 22., chora od lat 4-ech. Obecnie na czubku nosa blizny, na których uwydatniają się gruzelki wilkowe. Charakter blizn nieco wyniosły. Przed 4-ma miesiącami była stosowana rentgenoterapia.

29/V — 25 r. po znieczuleniu Jont. coc. + adr. wypalono miejsce dotknięte chorobą bez bólu dla chorej.

5/VI — 25 r. suche strupki powstałe w miejscach wypalonych, trzymają się słabo.

7/VI — 25 r. większość strupków odpadła. Pozostały bliznki w postaci niewielkich wklęśnięć.

10/VI — 25 r. strupki odpadły, nie szpecąc twarzy.

24/IX — 25 r. chora zgłosiła się dla kontroli. Powstania nowych gruzelków nie skonstatowano.

Przyp. 5. Anastazja K. lat 52. L. k. amb. 82. Chora od dwóch lat. Na prawym policzku 3 cm. poniżej powieki ognisko wilkowe wielkości jednego

złotego—zbliznowaciale o typie płaskim. Na bliznie pojedyncze gruźelki. R. W.—

4/V — 25 r. po znieczuleniu Jont. wypalenie gruźelków bez bólu.

7/V — 25 r. strupki, powstałe na miejscach wypalonych, trzymają się.

10/V — 25 r. część strupków usuwa się z łatwością.

13/V — 25 r. w miejscu blizny brak gruźelków; blizna nie szpecąca twarzy. W tym stanie zastosowałem chorej naświetlanie promieniami Rentgena.

Przyp. 6. Apolonja B. lat 17. L. h. ch. 86. chora od 3-ch lat. Liczne gruźelki wilkowe na czubku nosa, policzkach i w kątach ust. Zmiany chorobowe sięgają również błon śluzowych, nosa i podniebienia. Pirquet—dodatni. R. W.—

26/VI — 25 r. po znieczuleniu Jont. coc. + adr. wypalono gruźelki na nosie. Zabieg bez bólu.

27/VI — 25 r. dalsze wypalenie na policzkach i na skórze kątów ust.

1/VII — 25 r. strupki trzymają się.

5/VII — 25 r. część strupków na nosie odpadła, blizny nieszpecące.

7/VII — 25 r. z okolicy nosa strupki spadły. Na policzkach trzymają się mocno.

13/VII — 25 r. strupki odpadły, pozostawiając nieszpecące nieznaczne wklęsnięcia. W tym stanie można było przystąpić do stosowania promieni Rentgena.

Przyp. 7. Stanisława D. lat. 19, L. k. ch. 60., chora 4 lata. Liczne gruźelki wilkowe na czubku i na błonie śluzowej nosa; po kilka na obu policzkach i licznie rozsiane na wardze górnej. Jedno ognisko wielkości orzecha włoskiego na prawem przedramieniu; drugie w okolicy lewego podudzia wielkości dwóch złotych. Wilk o typie przerostowym. Pirquet — dodatni. R. W.—

Po jontophoretycznym znieczuleniu wypalono gruźelki na nosie. Chora zeznaje, że bólu przytem prawie nie czuła.

19/V — 25 r. dalsze wypalenie tymże sposobem na policzkach bez bólu.

20/V — 25 r. „ „ „ na wardze górnej.

22/V — 25 r. „ „ „ na prawem przedramieniu.

24/V — 25 r. „ „ „ na lewym podudziu.

25/V — 25 r. strupki powstałe po wypaleniu z okolicy nosowej i policzków odpadły; jednakże gdzieś istnieją pojedyncze gruźelki. Celem zniszczenia ich po znieczuleniu Jont. — wypalenie.

27/V — 25 r. strupki trzymają się.

30/V — 25 r. na przedramieniu strupki odpadły. Gruźelków w tem miejscu nie widać.

2/VI — 25 r. odpadnięcie strupków na górnej wardze i podudziu. W okolicy wargi górnej, gdzie gruźelki pierwotnie były nader liczne, istnieją obecnie pojedynczo. W tem miejscu zastosowałem po raz drugi Jont. i wypalenie. Wszystkie ogniska z wyjątkiem wargi górnej po odpadnięciu strupków pozabawione gruźelków. W tych miejscach nieznaczne wklęsnięcia bliznowate — mniejsze od takichże po ospie.

Wszystkie strupki ostatecznie odpadły i w dniu 16/VI można było zastosować rentgenoterapię, zwłaszcza z powodu zmian na błonie śluzowej.

Przyp. 8. Anna S. lat 18, L. ks. amb. 27-I. Chora 8 lat. Lewa strona twarzy z wyjątkiem czoła bliznowato zwyrodniała, gładka, usiana żółtawymi plamkami. Brzegi obrączkowate, nieco wyniosłe, obficie usiane gruźelkami.

3/VI — 25 r. po jontophoretycznym znieczuleniu adr. + coc. wypalenie brzegów blizny dolnej części lewego policzka. Zabieg nie był bolesnym dla chorej.

8/VI — 25 r. dalsze wypalenie brzegów.

10/VI — 25 r. strupki w miejscu, gdzie po raz pierwszy było stosowane wypalenie, odpadają. Wypalono część gruźelków, istniejących na bliznie.

20/VI — 25 r. to samo.

24/VI — 25 r. ostateczne wypalenie pozostałych gruzelków.

6/VII — 25 r. na bliznie — brak zupełnie żółtawych plam i gruzelków.

Brzezi całkowicie spłaszczyły się.

Przyp. 9. Władysław B. lat 29, L. ks. amb. 207-VI. chory od 2-ch lat. Po lewej stronie policzka na granicy z nosem znajduje się głęboka blizna powstała po stosowaniu u chorego śniegu kwasu węglowego, celem zniszczenia ogniska wilkowego; powyższy zabieg miał miejsce w lecie u. r., a we wrześniu, jak podaje chory, było stosowane naświetlanie promieniami Rentgena. Obecnie na lewym policzku o trzy cm. poniżej oka — 3 gruzelki wilkowe.

13/VII — 25 r. po znieczuleniu Jont. bez bólu wypalono gruzelki.

27/VII — 25 r. w miejscu wypalenia daje się zauważyć mało znaczne ślady wklęśnięć po stosowanym zabiegu.

W porównaniu ze szpecącą blizną, wynikłą po śniegu kwasu węglowego, uwydatnia się w znacznym stopniu wyższość kosmetyczna tego sposobu leczenia.

24/IX — 25 r. nawrotu niema.

Wyniki jontophorezy w wilku pospolitym.

Próby czynione w celu bezpośredniego zabicia prątków gruzliczych przez wprowadzenie leków jontophoretycznie do chorej tkanki nie dały, jak o tem na wstępie podałem, pomyślnych wyników. W ostatnich czasach w toku są prace *Wirza* nad wcielaniem krysolganu w postaci jonów. Jednak w tego rodzaju cierpieniach jontophoreza może być wykorzystana wyłącznie dla znieczulania tkanki i pod tym względem wyświadcza niezmiernie cenne usługi.

Możemy prawie bez bólu dla chorego wypalić kolejno każdy nieomal gruzelek. Dokonać tego można z całą dokładnością — gruzelki przytem są dobrze widoczne i niszczymy je stopniowo jeden po drugim. Tam zaś, gdzie się nie udaje odrazu zniszczyć wszystkie, to po odpadnięciu strupków z łatwością później osiągamy pomyślne wyniki na następnej sesji.

Podane przeze mnie przykłady w dostatecznym stopniu to potwierdzają.

Zaniechany głównie z racji bólu sposób dawniejszych autorów (*Unna*) wypalania, po zawiedzionych nadziejach pokładanych w rentgenoterapii i radzie — znowu wyrasta na pierwszy plan w walce z wilkiem.

Gdy *Bergonié* a za nim inni udowodnili, że promienie Rentgena nie działają na laseczki Kocha, co również stwierdzonem zostało ultramikroskopowo przez *Bordier'a* i *Horand'a*, musimy dążyć do zniszczenia gniazd napełnionych zarazkami. To też daje się zauważyć obecnie dążenie do starego sposobu doszczętnego wypalania lub doprowadzenia do stanu koagulacji, dotkniętych chorobą miejsc.

Bardzo pouczający przykład przytacza *Bordier*, gdzie u chorej w przeciągu czterech lat stosowane były ultrafioletowe światło, rad, i rentgen, a u której sprawa ograniczała się pierwotnie tylko do zmian wilkowych na czubku nosa; gdy zaś podczas nieustannego leczenia sprawa się szerzyła, spowodowało to wywinięcie powieki i oszpecenie niemal całej twarzy.

W tym beznadziejnym okresie doprowadził on do koagulacji chorą tkankę

i tylko tym sposobem powstrzymał dalsze postępy choroby; wyniki osiągnął już po 3-ch posiedzeniach.

Słusznem więc staje się jego uwaga o tej bądź co bądź kosztownej terapii, jakiej się chora w ciągu szeregu lat poddawała: „Resultat nul”: le mal, au contraire, au dire de la malade, — s’étendit plus vite“...

Jednak wstrzyknięcie roztworu kokainy, którym zazwyczaj się posługują przy doprowadzaniu do stanu koagulacji lub wypalenia, najwięcej sprawia w tych przypadkach kłopotu. Tu bowiem z powodu powstającego nacieku niełatwem bywa odszukanie gruzełków, prócz tego narażamy się na zawleczenie zarazków.

Te ujemne strony wstrzykiwań zupełnie odpadają przy wprowadzeniu adr. + coc. w postaci jonów. Przeciwnie na znieczulonem bezkrwistem dookoła tle każdy szczegół chorobowy bardziej się uwydatnia i staje się dostępniejszym dla naszego oka.

II.

Naczyniaki krwionośne (Haemangioma).

Przyp. 1. Władysław I. w wieku lat 15, L. ks. amb. 199—VI. Powodem zgłoszenia się do ambulatorjum kliniki jest istnienie od szeregu lat na nasadzie nosa nieco wyniosłej plamy; w ciągu ostatnich 3-ch lat staje się ona coraz bardziej widoczną i wyniosłą, nabierając barwy ciemno-czerwonej.

Obecnie wielkość naczyniaka sięga rozmiarów paznokcia — środek nieco wzniesiony o barwie bardziej intensywnej. Widoczną jest sieć pokręconych włoskowatych naczyń.

2/V — 25 r. znieczulenie ard. + coc. za pomocą jontophorezy — poczem rozszerzone naczynka bardziej się uwydatniły; w dwu miejscach bezbolesne dla chorego ukłucie cienką ostrą igłą galwano-kaustyczną.

5/V — 25 r. W miejscach ukłuć malutkie krostki. Dookoła zanik naczyń.

9/V — 25 r. krostki odpadły, zmian chorobowych nie widać. Z trudnością jedynie możemy się doszukać minimalnych blizenek w miejscach dotyku igłą.

Przyp. 2. Helena D., w wieku lat 26, L. 202 — VI. Chora podaje, że od dwóch lat na powierzchni nosa istnieje twór zlekka wyniosły i coraz bardziej rozrastający się. Obecnie na nasadzie nosa intensywne zaczerwienienie wzniesione, zwłaszcza w części środkowej, wielkości paznokcia.

Sieć naczyń włoskowatych promienistych wyraźnie się uwydatnia.

14/V — 25 r. znieczulenie roztworem ard. + coc. przy pomocy Jont. i dotyk igłą części środkowej naczyniaka.

21/V — 25 r. istnieje delikatna krostka w miejscu dotyku igłą. Dokoła tego miejsca naczynia nie są widzialne.

24/V — 25 r. w miejscu dotyku igłą punkcikowa niemal niewidzialna blizenka.

Żadnych śladów po naczyniaku nie pozostaje.

Przyp. 3. Józef I. lat 38. L. ks. amb. 208 — VI. chory podaje, że przed 4-ma laty zauważył małą czerwoną plamkę na nosie po stronie lewej.

Obecnie stwierdzono naczyniak nieco większy od ziarnka grochu, barwy sinoczerwonej; środek nieco wyniosły.

11/VIII — 25 r. Po znieczuleniu Jont. dotyk igłą części środ. naczyniaka.

17/VIII — 25 r. miejsce, gdzie było ukłucie, z trudnością daje się odszukać.

Zabarwienie znikło, skóra o kolorze normalnym.

Pryp. 4. Marja R., w wieku lat 6. L. ks. amb. 197 — I. Przed 5-ciu laty chorej dokonano operacji po prawej stronie na policzku z powodu istnienia w tem miejscu naczyniaka; obecnie w miejscu tem uwydatnia się blizna, a nawet widzialne są miejsca, gdzie były nałożone szwy.

Po stronie prawej w okolicy żuchwy naczyniak krwionośny nieco wyniosły w części środkowej — wielkości paznokcia.

Barwa naczyniaka intensywnie czerwona, dookoła widzialna jest sieć naczyń włoskowatych. Zmiany te, jak twierdzi matka chorej, od roku bardziej zwiększają się.

29/IX — 25 r. po znieczuleniu Jont. adr. + coc. dotknięcie cienką igłą galwano-kaustyczną.

Żadnego bólu chora nie odczuwała.

1/X — 25 r. malutki strupek w miejscu dotyku igły galwanokaustycznej.

6/X — 25 r. zupełny zanik naczyń włoskowatych; miejsce zabiegu niewidoczne.

Wyniki jontophorezy w naczyniakach krwionośnych.

Z przytoczonych przykładów widzimy, jak szybki i pewny jest sposób usunięcia naczyniaków przy pomocy jontophorezy. Należy tylko po znieczuleniu używać igły jaknajcieńszej, by trafić w najbardziej rozszerzone naczynie włoskowate, również żeby uniknąć niepotrzebnej blizny.

Przytem igła prawie nie powinna się żarzyć, przez to doprowadzić możemy miejsce dotyku tylko do koagulacji, która jest zupełnie wystarczająca.

Przytrzymywanie się tych zasad zapewnia efekt kosmetyczny.

W przypadku 4-ym, zwłaszcza rozbieżność wyniku kosmetycznego, otrzymanego obecnym sposobem w porównaniu z blizną, pozostającą szereg lat po wycięciu, jest nader wymownym dowodem wyższości w tych razach jontophorezy.

Ostatnio ukazała się ciekawa praca doświadczalna *Reina*, w której autor w dokładny sposób omawia sprawę znieczulania skóry za pomocą Jontophorezy. W powyższej pracy znajdujemy potwierdzenie dodatnich wyników, osiągniętych przeze mnie.

Podkreślić należy pewne szczegóły badań *Rein'a*, a mianowicie: czas trwania znieczulania przy zastosowaniu roztworu znieczulającego bez adrenaliny wynosi 1/5 czasu trwania posiedzenia, z adrenaliną powyższy stosunek wynosi 1,2:1, przy użyciu płynu Ringera czas trwania i stopień znieczulenia znacznie mniejszy; z roztworami cukru otrzymuje się lepsze wyniki.

Znieczulenie sięga według jego badań do skóry właściwej. Znieczulenie na ból, ucisk i uczucie ciepłoty jest całkowite. W kilku przypadkach otrzymał *Rein* znieczulanie powierzchni dość znacznej, bo do 80 q. cm.

Czas trwania znieczulania w podanych przeze mnie przypadkach wynosi mniej więcej 10 minut.

Już ogólny przegląd naszych obserwacji klinicznych wykazuje, że przy jontophoretycznym wcieleniu leków przez skórę nie posiadamy żadnego takiego środka, któryby, jak to chcieli widzieć niektórzy autorzy, był w stanie wyleczyć wszystkie dolegliwości skórne.

Podkreślić należy, że ilość wcielnego leku nie da się praktycznie niestety ściśle dotąd określić, aczkolwiek ogólnie przyjęto, że ilość jego jest głównie zależną od siły i czasu działania prądu.

Mają tu również znaczenie zjawiska elektrosmotyczne: gdy mamy do czynienia (Rein) z H_2O , lub wodnemi roztworami, wtedy wchłanianie obniża się i odwrotnie przy alkoholu metylowym wzmacnia się; im większą jest koncentracja roztworów soli, tem trudniejszym jest ich przesunięcie prądem, natomiast staje się łatwiejsze przy alkoholu i cukrze trzcinowym o zwiększonej nawet koncentracji. Również ma tu wielkie znaczenie odczyn działającego roztworu oraz stan samej skóry: przy zaniku skóry szybkość przenikania jest mniejsza i znacznie obniża się przy obumieraniu.

Możliwem jest, że ta nieścisłość określenia ilości wcielnego leku jest powodem pewnego niepowodzenia w szerokiem stosowaniu jontophorezy.

Jednak powyższy sposób zastosowania leków drogą elektrolitycznego ich wcielenia znajduje w niektórych gałęziach medycyny coraz to więcej zwolenników, a szczególnie w okulistyce, gdzie po wyczerpujących pracach *Robert'a Wirtza i Schnydera* jontophoreza zalicza się do potężnych środków w leczeniu takich cierpień jak: wrzodziejące zapalenie brzegów powiek, wrzodach pełzających rogówki, plamach i trofoneurotycznych zaburzeń rogówkowych.

Badania doświadczalne *Schölera i Albranda* wykazały, że przy wcieleniu drogą elektryczną do oka jodku potasowego lek ten przechodzi w znacznej ilości nie tylko do komory przedniej i ciała szklanego, lecz również do głębszych warstw oka.

Powyższe dodatnie wyniki, otrzymane w leczeniu chorób oczu, posiadają o tyle znaczenie dla dermatologa, że krawędź powiekowa, spojówka, nabłonek rogówkowy — czyli miejsca gdzie jontophoreza przejawia swój najbardziej skuteczny wpływ — są właściwie dalszym ciągiem skóry.

Prócz tego jontophoreza znajduje zastosowanie w chirurgji: przy leczeniu zesztywnienia stawów (*Leduc, Roederer*), w neurologji: przy leczeniu neuralgji twarzy, obwodowych porażień nerwu twarzowego, oraz połowicznych porażeniach i porażeniach stawu łokciowego ze zmianami zanikowemi mięśni (*Juster et Lehmann, Barré, Bourguignon, Delherm et Laquerriere*).

Badania Histologiczne skóry u ludzi i zwierząt po zastosowaniu jodu i Ichtyol-Jontophorezy.

Celem wyjaśnienia działania na skórę jontophoretycznie wprowadzonego ichtyolu i jodu — przeprowadziłem odnośne doświadczenia w czterech przypadkach na skórze zdrowej przedramienia człowieka i dwóch przypadkach na grzbiecie królika. Zmiany wywołane w ten sposób przez wprowadzenie jodu i ichtyolu są identyczne.

Jontophorezę przeprowadzałem co drugi dzień.

Badań histologicznych dokonywałem po cztero, sześć i ośmiokrotnym zastosowaniu jontophorezy.

Celem porównania i kontroli badałem również mikroskopowo skórę wyciętą królikowi, której nie poddawałem działaniu jontophorezy.

Wycinane kawałki skóry utrwaląłem w formalinie, zatapiałem w parafinie, barwiąc hematoksyliną i eozyną.

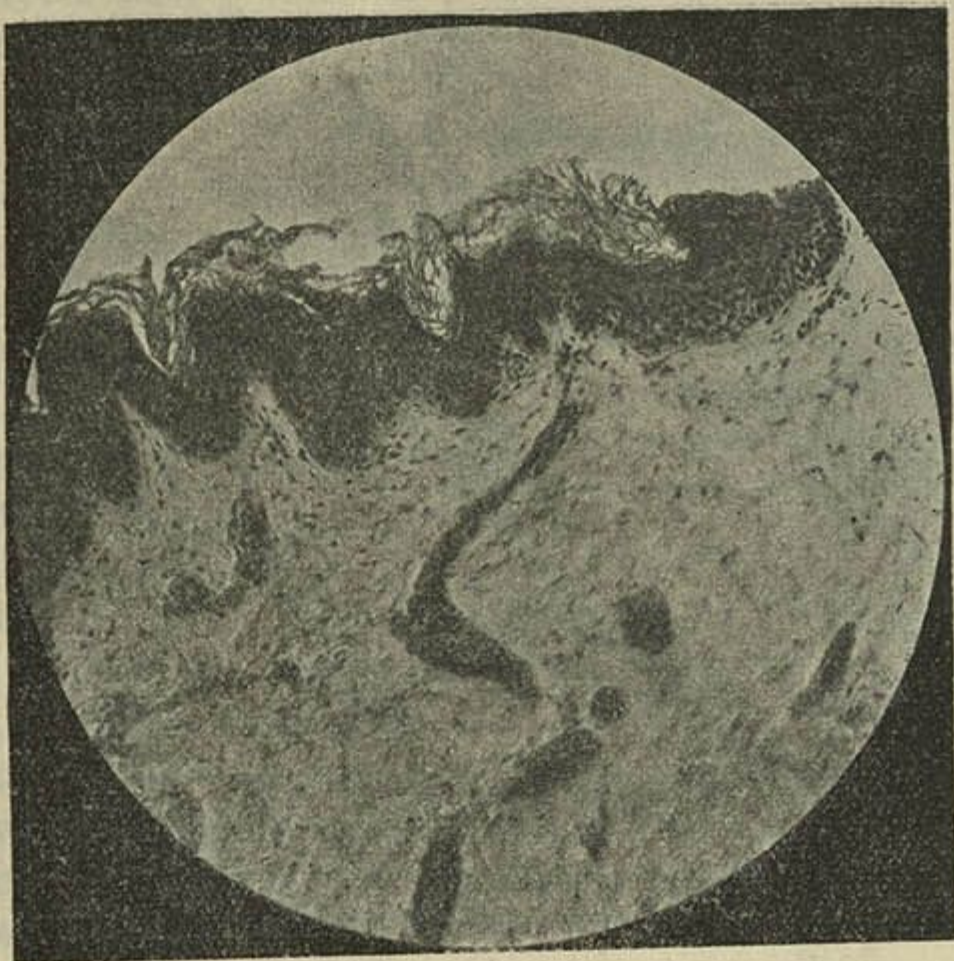
Makroskopowo skóra była zlekka zaczerwieniona.

Po czterokrotnym zastosowaniu jontophorezy — otrzymywałem w obrazie mikroskopowym tylko nieznaczne nacieczenie w warstwie skóry właściwej.

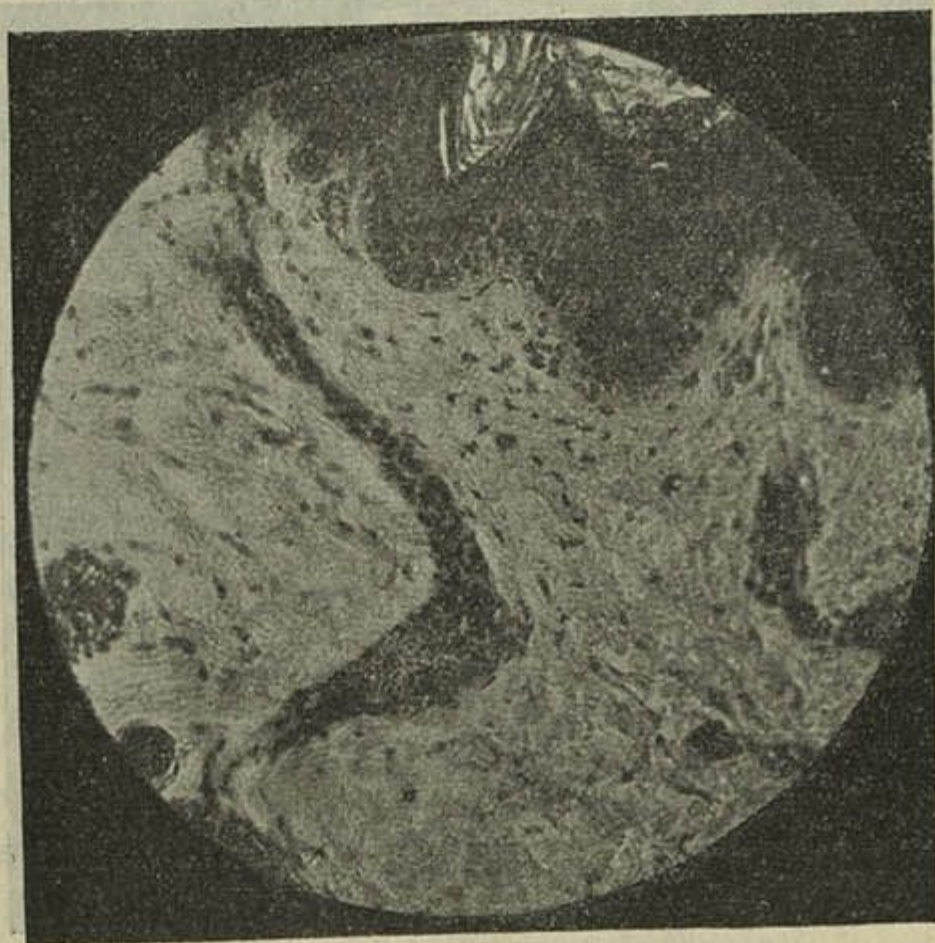
Po sześciokrotnym zastosowaniu jontophorezy obraz mikroskopowy, jak widać z mikrofotografji (Nr. I, II, III i IV, wykonanych na Klinice Chirurgicznej U. S. B. przez D-ra *Tymińskiego*), jest następujący: warstwa zrogowaciała wyraźnie zgrubiała i przedstawia się w postaci poroższczeniowych pasm.

W warstwie brodawkowej skóry właściwej, widziemy drobnokomórkowe nacieczenie, które w wielu miejscach przenika do sąsiednich komórek warstwy rozrodczej.

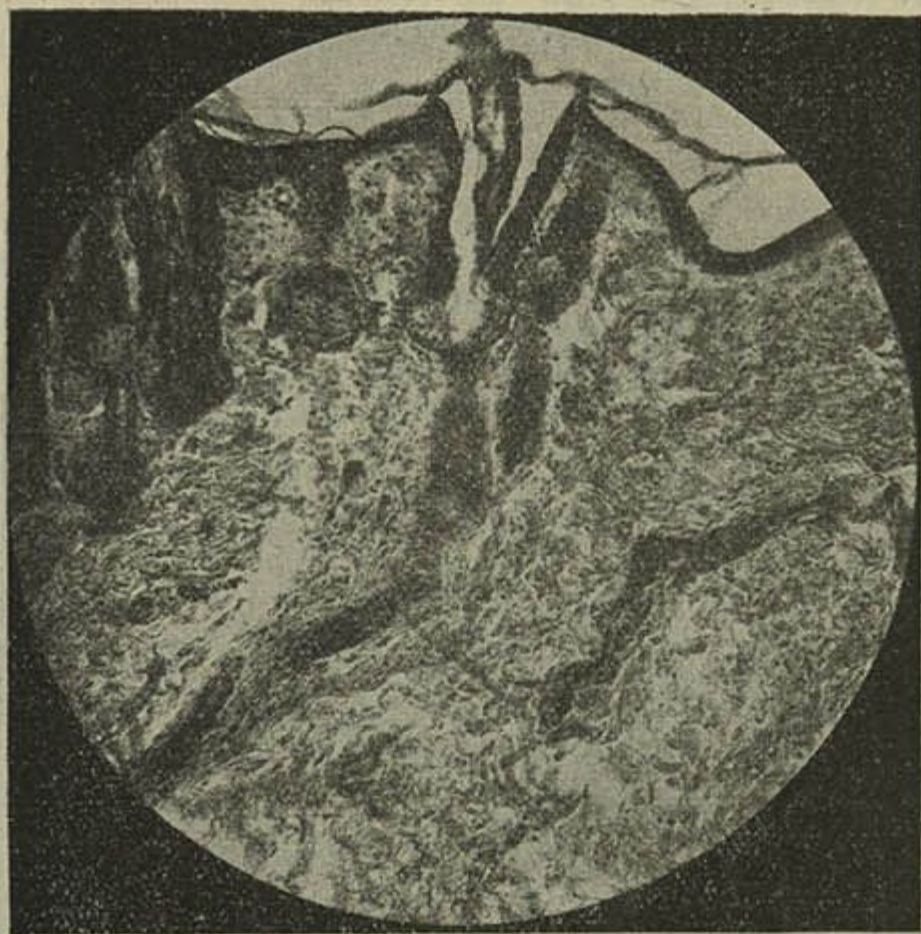
Naczynia krwionośne



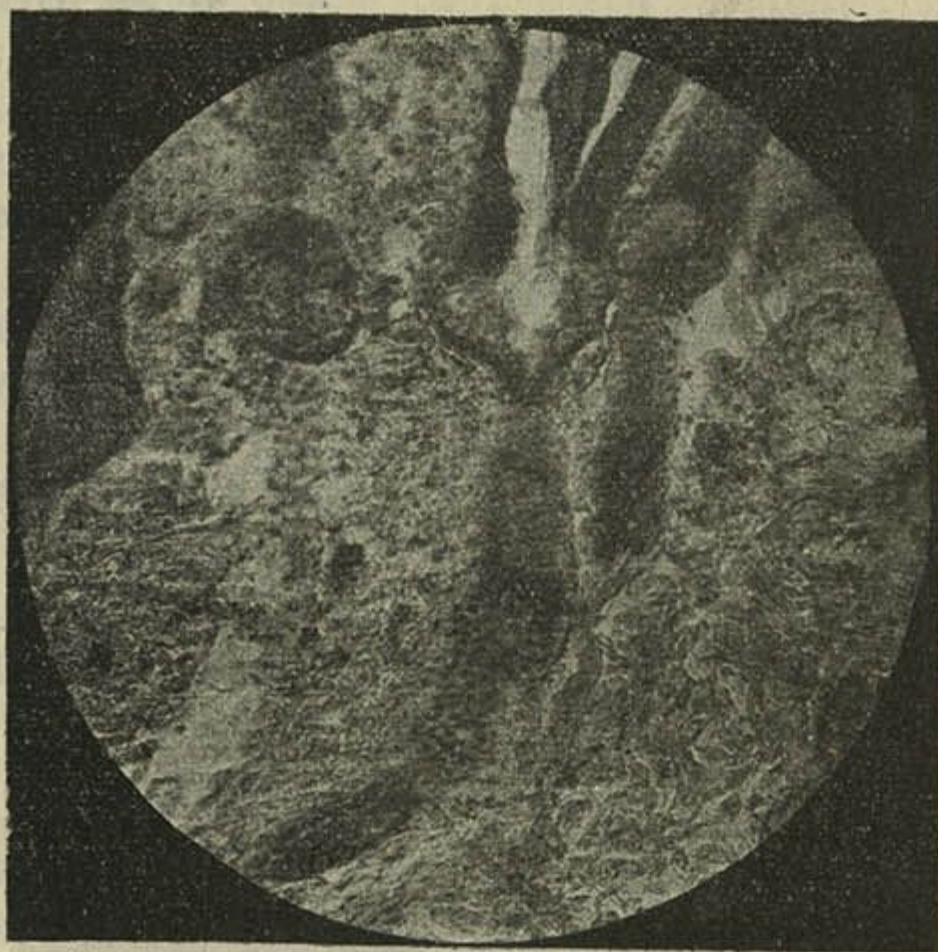
Fot. Nr. 1. Skóra człowieka. Zeiss okul. K. 7 obiekt. apoch. 16 m.



Fot. Nr. 2. Skóra człowieka. Zeiss okul. K. 7 obiekt. apoch. 4 m.



Fot. Nr. 3. Skóra królika. Zeiss okul. K. 7 object. apoch 16 m.



Fot. Nr. 4. Skóra królika. Zeiss okul. K. 7 object. apoch. 4 m.

rozszerzone, około nich istnieje również drobnokomórkowe nacieczenie. Liczba komórek i włókien łącznotkankowych zwiększona.

W warstwie podskórnej zmian nie stwierdza się.

Ośmiokrotne zastosowanie jontophorezy wyżej opisanych zmian histologicznych nie potęgowało.

Zmiany histologiczne skóry człowieka są identyczne ze zmianami u królika, u którego jednak nacieczenie drobnokomórkowe występuje w nieco mniejszym stopniu.

Wyżej przytoczone badanie histologiczne wskazuje na stan zapalny w górnych warstwach skóry. Dowodzi to, że, chociaż jontophoreza powoduje zmiany anatomiczne w warstwie, do której np. sięga grzybek trich. tons., jednak nie działa zabójczo na samego pasorzyta; możliwym jest też, że skóra, chorobowo zmieniona, reaguje na jontophorezę nieco inaczej, aniżeli zdrowa.

Być może, należałoby poddać również badaniu histologicznemu i skórę chorą po uprzednim zastosowaniu jontophorezy, lecz rego rodzaju badania napotykały na szereg trudności technicznych, a zwłaszcza nie można było uzyskać zgody chorych.

Badanie w kierunku wykrycia śladów jodu na przeciwległym biegunie (jak to stwierdził *Bourguignon*) nie dało dodatnich wyników.

W wyniku przeprowadzonych przezemnie obserwacji mogę wyprowadzić następujące wnioski:

- I) Jontophoreza jest skuteczną przy grzybicy nieowłosionej części ciała.
- II) Leczenie liszaja strzygącego owłosionej części głowy daje tylko w $1/4$ pomyślny wynik.
- III) Zastosowanie jontophorezy w figówce pospolitej dało w $1/3$ przypadków uleczenie, w $1/2$ pogorszenie stanu chorobowego.
- IV) Jontophoreza w schorzeniach owłosionych miejsc skóry pochodzenia pasorzytniczego w żadnym razie nie może zastąpić Rentgenoterapii.
- V) Jontophoreza, jako powodująca znieczulenie w miejscowych chirurgicznych zabiegach na skórze, jest doskonała:
 - a) sam sposób znieczulania jest niebolesny,
 - b) znieczulenie jest w zupełności dostateczne dla wykonania zabiegu,
 - c) znieczulanie jontophoretyczne powoduje anemizację pola operacyjnego i bardziej uwydatnia ogniska chorobowe,
 - d) znieczulanie nie wywołuje obrzęku skóry.
- VI) Doświadczenia z jontophorezą na zdrowej skórze wskazują na stan zapalny w skórze właściwej.

Na zakończenie poczuwam się do obowiązku serdecznie podziękować Panu Profesorowi *Zdzisławowi Sowińskiemu* za inicjatywę i udzielenie wskazówek w wykonaniu niniejszej pracy.

L'ionisation appliquée en dermatologie.

Grâce aux oeuvres de Leduc et Frankenhäuser, les dermatologues s'intéressèrent vivement de l'ionisation. Les travaux de Sourdeau, Lucas, Wirz, Sellei et Fenyö et d'autres auteurs l'affirment à un degré suffisant. Wirz prétend que dans le traitement du sycosis vulgaire et de la trichophytie ce moyen est même préférable à la thérapie de Roentgen.

Inspiré par le monsieur prof. Sowiński, directeur de la Clinique dermatologique de l'Université de Vilno, j'entrepris une étude dans ce sens.

J'ai étudié 28 cas, qui ont été divisés en deux groupes suivants: Au premier groupe „A“ se rapportent les cas de traitement à l'aide d'ionisation exclusive sans autres moyens. Au deuxième groupe „B“ s'appliquent les cas d'ionisation préparatoire employée comme moyen d'anesthésie locale.

En ce qui concerne le côté technique, j'employais de minces électrodes de plomb d'une épaisseur de 1,5 mm. et 6×8 , 6×10 , 8×12 cm. de dimen-

sion. Je les couvrais de gaze pliée 6 à 8 fois, et imbibée d'une solution agissante.

Selon le caractère de la solution je les introduisais tantôt par l'anode, tantôt par la cathode avec un courant de 8 M. A.

G r o u p e A.

J'avais 9 cas trichophytie, dont 7 cas sur la partie chevelue de la tête, un cas sur la tête et le corps et un seul cas sur la peau glabre.

(Technique: solution d'iode pur 1,00 K. J. 2,00 Aq. destill. 300,00 15 minutes de 8 M. A. de la cathode).

6 — 12 séances; observation et examen microscopique de la présence du trichophyton — jusqu'à 4 mois; examen tous les quinze jours.

Six cas de Sycosis vulgaire; j'y appliquais l'ionisation d'ichtyol (Technique: 20 minutes de 8 M. A. de la cathode; 20% d'ichtyol).

Dans les cas d'amélioration un mois d'observation.

G r o u p e B.

Ce groupe concerne les cas, où j'appliquais l'ionisation auxiliaire pour obtenir l'anesthésie locale. J'en avais treize, dont neuf de lupus vulgaire et quatre de haemangiome.

(Technique: 10 minutes de 8 M. A. de l'anode. Solution coc. hydrochr. 0,20 sol supraren. (1:1000) 0,50 Aq. destill. 10,00).

Après l'anesthésie à l'aide de l'ionisation je cautérisais les tubercules de lupus avec l'aiguille galvanocaustique, ou bien j'amenais le tissu malade à l'état de coagulation.

Examen histologique de la peau humaine et de celle d'animaux apres l'application de l'ionisation du iode et de l'ichtiol.

Pour expliquer l'action sur la peau du iode et de l'ichtiol par voie d'ionisation, j'accomplis quatre expériences sur la peau normale de l'avant-bras humain et deux sur le dos du lapin. Après avoir appliqué 4 6 à 8 fois l'ionisation, je me mettais à des recherches histologiques.

Dans le but de comparaison et de contrôle j'examinais aussi au microscope la peau prise du dos du lapin et non soumise à l'action de l'ionisation.

Les changements effectués sur l'influence de l'ionisation sur la peau de l'homme et du lapin furent identiques et se rapportaient à l'état d'inflammation du derme: dans la couche papillaire du derme nous voyons une infiltration cellulaire qui perce parmi les cellules de la couche germinative. Les vaisseaux sanguins sont dilatés; il y a aussi une infiltration perivasculaire. Le nombre des cellules et des fibres conjonctifs est augmenté.

Les conclusions suivantes sont le résultat de mes observations et expériences:

1) L'ionisation est un moyen efficace dans la trichophytie des parties du corps glabres.

2) Le traitement de la trichophytie capillaire sur la partie chevelue de la tête ne donna des résultats positifs que dans le quart de cas.

3) L'application de l'ionisation dans le sycosis vulgaire donna dans le tiers des cas des guérisons, dans la moitié des cas l'état du malade s'empira.

4) L'ionisation dans les affections cutanées des endroits de la peau d'origine parasitaire, ne peut dans aucun cas remplacer la Roentgénéthérapie.

5) L'ionisation est parfaite comme moyen d'anesthésie pour les soins de chirurgie locale de la peau.

a) l'anesthésie n'est pas douloureuse;

b) l'anesthésie est complètement suffisante pour exécuter l'opération;

c) l'anesthésie de l'ionisation provoque l'anémisation du champ d'opération et met en évidence les foyers de la maladie;

d) l'anesthésie ne provoque pas l'œdème de la peau.

6) Les expériences d'ionisation sur la peau normale indiquent l'état d'inflammation du derme.

P i s m i e n n i c t w o .

- 1) Barré. (wedł. Delherma et Laquerrière'a). 2) Baum. Arch. f. Derm. u. Syph. B. 84. 1907. 3) Beck. Münch. m. Woch. Nr. 57. 1919. 4) Beer. Wien. m. Press. 1869. (wedł. Bauma). 5) Bergonié. C. R. de seances de l'Acad. de Sciences mars 1905. Ref. Lancet T. I. (wedł. Niemienowa. Rentgenoterapja 1920). 6) Bordier et Horand. Arch. d'electr. med. 1910. (wedł. Bordier). 7) Bordier. Monde-Medic. Nr. 658. 1924. 8) Bordier. Diathermie Therapie. Paris 1925. 9) Bourguignon. Paris med. an XIV Nr. 51. 1924. (streszcz. La Press. Med. Nr. 9. 1925). 10) Bourguignon. Société de Neurologie 11. janvier 1923. (La Press. Med. Nr. 10. 1923). 11) Bourguignon et Chiray. La Press. Med. 3 août 1916. (wedł. Bourguignon'a, Cantonnet'a et Joltrois. La Press. Med. Nr. 46. 1923). 12) Bourguignon et Conduché. C. R. Acad. des Sc. 29. mai 1922. 13) Brillault. (wedł. Bourguignon'a, Cantonnet'a et Joltrois). 14) Brilouet. Etude physique et thérapeutique des jons et particulièrement de l'ion jode. Thèse Paris 1907. 15) Bruker. Les applications therapeutiques des jons. Thèse. Paris 1917. 16) Chauvet. (wedł. Delherma et Laquerrière'a). 17) Chipman. Journ. of. Amer. Assoc. 83. Nr. 13. (streszcz. Journ. de Rad. et d'Electr. T. 9. Nr. 5. 1925). 18) Darier. Précis de Dermatologie. Paris. 1923. 19) Delherm et Laquerrière. L'ionotherapie Electrique. Paris. 1925. 20) Destot et Savy. (wedł. Delherma et Laquerrière'a). 21) Ehrmann. Elect. in der Dermat, Safar. Wien. 1908. 22) Frankenhäuser. Die Physiologitichen Grundlagen u. die Techn. der Elektrother. Stuttgart. 1906. 23) Handovski. Osnownyja poniatija Koll. chimii i ich priminien. w biol. i miedicyn. Berlin. 1925. 24) Herzog. Mün. m. Woch. Nr. 63. 1886. (wedł. Remac'a). 25) Juster et Lehman. Soc. Franc. d'Electr. et de Rad. 27 avril 1923. (La Press. Med. Nr. 40. 1923). 26) Kahn. Das Resorptionsvermögen der Intakten Haut unter der Wirkung des konstanten Stromes. In. Diss. Strasburg. 1891. 27) Krawkow. Farmakologja. Petersb. 1915. 28) Krüger. Zeitsch. f. Klin. Med. Nr. 22. 1893. (wedł. Remac'a). 29) Leduc. L'oeuvre Medico-Chirurgical. Nr. 48. 1907. 30) Leduc. Die Jonen oder elektrolitische Therapie. Leipzig. 1905. 31) Lucas. Le traitement des cicatrices vicieuses et de la sclerodermie par l'ionisation d'iodure de potassium. Thèse. Paris. 1922. 32) Pokorny. Derm. Woch. B. 74. Nr. 13. 1922. 33) Rein. Zeitschrift f. Biol. B. 81.

1924. 34) Rein Münh. m. Woch. Nr. 23. 1924. (streszcz. Zentr. f. Haut. u. Gesch. Krank. B. 14. H. 7. 1924). 35) Remac. Osnovy elektrodiagn. i elektroterapii. Petersburg. 1897. 36) Roederer. (wedł. Duclaux: Societé des chirurg. de Paris 12. juillet 1922. La Press. Med. Nr. 57. 1922). 37) Sachs. Arch. f. Derm. u. Syph. B. 133. 1921. 38) Sachs. Derm. Wochen. B. 78. Nr. 6. 1924. 39) Schnyder. Kl. Mon. f. Aug. B. 63. 1919. 40) Schöler u Albrand. (wedł. Hertela. Graefe-Saemisch H. d. Aug. 1918.) 41) Sellei u Fenyö. Med. Klin. Nr. 31. 1924. 42) Sourdeau. L'ionisation en Dermatologie. Thése. Paris. 1908. 43) Stein. Atlas die Fadenpilz Krak. d. Mensch. München. 1914. 44) Sterling-Okuniewski. Technika badań bakterjolog. Warszawa — Łódź. 1922. 45) Świętosławski. Chemja fizyczna. Warszawa. 1923-24. 46) Tappeiner. Lehrb. der Arzneimittellehre. 47) Tuffier. et Mauté. Societé de biologie 19. janvier 1907. (wedł. Sourdeau). 48) Ulzman. Wiener. med. Press. 1870. (wedł. Bauma). 49) Unna. Terapia ogólna chorób skórnych. Warszawa. 1902. 50) Wagner. Wien. m. Blätter Nr. 6. 1886. (wedł. Remac'a). 51) Wilhelm. Wien. m. Press. 1870. (wedł. Bauma). 52) Winkler. Arch. f. Derm. u. Syph. B. 99. 1910. 53) Wirtz. Kl. M. f. Aug. B. 46. 1908. 54) Wirtz. Kl. M. f. Aug. B. 47. 1909. 55) Wirz. Derm. Wochen. B. 74. Nr. 14. 1922. 56) Wirz. Derm. Woch. B. 75. Nr. 32. 1922. 57) Wirz. Münch. m. Woch. Nr. 1. 1925.

Protokół.

Jubileuszowego Posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego.

W 120 letnią rocznicę Jego istnienia, 13 grudnia 1926 r.

Przewodniczący *Prof. Opoczyński*, prezes Wil. Tow. Lek.

Przy stole prezydjalnym: *Dr. Peszyński*, i *Dr. Załkindson* wiceprezesi. *Pr. Dr. Trzebiński* sekretarz I, *Dr. Safarewicz* bibliotekarz, *Dr. Bądryński* skarbnik i *Dr. Jakubowski* sekretarz II.

I. O godzinie 12 m. 30 prezes *Prof. Opoczyński* powitał gości (przemówienie podane na początku niniejszego zeszytu) i następnie odczytał listę jedno-głośnie wybranych członków honorowych Wileńskiego Tow. Lekarskiego.

II. W imieniu Rządu Rzeczypospolitej przemówił Delegat Rządu p. O. Malinowski.

III. W imieniu J. E. Ministra Wojny i jako komendant miasta przemówił P. Generał Pożerski.

IV. Jako przedstawiciel Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie i Akademji Umiejętności w Krakowie przemówił Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu p. *Prof. M. Zdziechowski*:

„Pięknie niegdyś powiedział *Dr. Biegański*,*) że matką medycyny jest niedola ludzka, rodzicami chrzestnymi—miłosierdzie i współczucie.

Od chwili przyjścia na świat wisi nad każdym z nas wyrok, skazający nas na śmierć, albowiem w grzechu rodzi się człowiek, jak naucza religja, a śmierć jest karą za grzech. „Człowiek — twierdzi Schopenhauer — to istota, która nie powinna żyć—i pochodem ku śmierci jest życie, a drogę znaczy cierpienie“.

*) „Z propedeutyki Lekarskiej“ *prof. Wrzoska*.

Der Schmerz ist unser tiefstes Fühlen.

Der innigste Gedanke — Tod.

Walka z cierpieniem jest sztuka lekarska — z cierpieniem fizycznym. Ale cierpienie fizyczne wpływa na cały rozwój duchowy człowieka i nieraz z niego wypływa. Z drugiej strony wiąże się najściślej z warunkami bytu społecznego. Dobry przeto lekarz powinien być psychologiem i socjologiem, — filozofem i filantropem.

I zdaje mi się — z obserwacji osobistej to wnioskuję — że ludzi z szeroką inteligencją i sercem gorącym spotykamy w zawodzie lekarskim częściej, niż w jakimkolwiek innym. Doświadczenie ludzkości to potwierdza. Dość tu przypomnieć stare indyjskie przysłowie: „gdy się jest chorym, lekarz jest ojcem; gdy się wyzdrowiało — przyjacielem“, a wynika to z samego charakteru studiów medycznych, które muszą wyrabiać szczególnie głębokie i silne poczucie odpowiedzialności i — co za tem idzie — ścisłość w badaniu, ostrożność we wnioskowaniu i współczujące rozumienie, lub przynajmniej dążność do współczującego rozumienia nie tylko fizycznej dolegliwości, ale i duszy chorego.

Jak pięknie ten typ lekarza myśliciela oraz obywatela w najpiękniejszym znaczeniu wyrazu tego przedstawiał w powieściacch swoich Alfons Daudet.

Ludzi do typu tego, a raczej ideału zbliżonych miałem szczęście nieraz w mojem życiu spotykać. Wspomnę tu Tytusa Chałubińskiego, którego poznałem przelotnie, ale chwila ta wyryła się w duszy na zawsze — Ignacego Baranowskiego, z którym obcowałem dużo i często, — mego kolegę z lat szkolnych Napoleona Cybulskiego, — profesorów krakowskich Rydla i Rosnera. Wymieniam tylko zmarłych. Patrząc na nich, rozumiałem myśl Gladstone'a, który gdzieś się wyraził że „lekarze staną się przewodnikami narodów“.

I czy nie był przewodnikiem takim, ogromną powagą moralną, nie w świecie lekarskim tylko, ale w całym społeczeństwie, naszym, ten, który pierwszy przewodniczył Towarzystwu Lekarskiemu w Wilnie — Jędrzej Śniadecki. Nie jestem przyrodnikiem i nie mogę sądzić o jego „Teorji Jestestw Organicznych“, o zasługach jego i znaczeniu, jako lekarza praktyka, wiem z dzieła prof. Wrzoska, ale miałem w ręku jego znakomitą rozprawę o wychowaniu fizycznym, w której za punkt wyjścia biorąc, że wychowanie moralne powinno mieć za fundament wychowanie fizyczne, tak wymownie i głęboko uzasadnił konieczność nie powrotu — jak u Rousseau'a, lecz zwrotu ku naturze i tak słusznie piętnował cywilizację, która, gdy na postępie technicznym tylko stoi, staje się źródłem neurastenji i zwyrodnienia i nas, ludzi przycywilizowanych, przeistacza, mówiąc słowy Śniadeckiego, w „rozumujące cienie“.

I duchowi Śniadeckiego Towarzystwo Lekarskie pozostało wiernem. Lekarze wychowawcy Akademji Lekarskiej — jak Reykowski, Titius, których też znałem — znakomitymi byli pośrednikami „między dawnymi i młodszymi laty“, przekazując wielką tradycję zaczynającym swój zawód pokoleniom, a jako profesorowi Uniwersytetu Wileńskiego, szczególnie mi jest miło przypomnieć tu o czci dla Uniwersytetu i pamięci, która o nim pozostała w sercach Wilnian — pamięci której rzewną pamiątką — jak pisze Ludwik Janowski — jest to, że długo, wiele

lat po zniesieniu szkoły głównej Wilna, uboższa ludność miasta nazywała każdego lekarza „panem profesorem“.

V. Wiceprezydent Miasta Wilna p. Łokuciewski składa hołd Wil. Tow. Lek. w imieniu M. Wilna.

VI. Prof. Kader: „Panie Prezesie, PP. Członkowie Wil. Tow. Lek., Magnificencjo, kochani, drodzy Przyjaciele — tam gdzie koronowali się Monarchowie Polscy, serdecznie zrozumiano i odczuto dzisiejszą uroczystość. Wydział Lekarski Uniw. Jagiellońskiego i krakowskie Tow. Lekarskie dało mi nadzwyczaj zaszczytne zadanie przywieźć tutaj, do Stolicy Jagiellonów, do stolicy orłów polskich, serdeczne życzenia, żeby Towarzystwo Wasze rozwijało się, rosło w potęgę i promieniowało aż po ostatnią krawędź globu ziemskiego. Wileńskie Tow. Lek. wydało orędzie czynu w postaci I zeszytu swego „Pamiętnika“, który, ufam, spełni to zadanie. Niechże dziś tutaj, w dniu niezwyklej rocznicy w Wolnej już Niepodległej Polsce — obudzi się wielkiej myśli wielki czyn na chwałę i pożytek cierpiącej ludzkości“.

VIII. Prof. Kryński: „Dostojne Zebranie! Rektorat Uniwersytetu Warszawskiego, Wydział Lekarski Warszawski, Tow. Nauk Warsz., Tow. Chirurgów Polskich, Tow. Chirurgów Warsz. i Tow. Anatom. Polskie — oto szereg instytucji naukowych w stolicy, które powierzyły mi wysoce zaszczytną misję złożenia Ich Imienin hołdu Tow. Lekarskiemu Wileńskiemu w uroczystym dniu dzisiejszym.

120 lat istnienia ogniska wiedzy polskiej w Wilnie, to okres czasu, który w umyśle każdego polaka wzbudza coś więcej, oprócz wyrazu szacunku dla wieku i uznania dla pracy wytrwałej, — budzi jakieś gorące uczucie wdzięczności dla tej placówki za to, że była, przetrwała i jest.

Przed oczami naszymi przesuwają się świetlany szereg nazwisk: Śniadeckiego, Franka, Lobenweina, Mianowskiego, Bécu, Szymkiewicza i wielu, wielu innych, którzy tu tworzyli, działali, uczyli, przed którymi ze czcią wszyscy chylimy czoła.

To też z wiarą patrzymy w przyszłość, ufni że Tow. Lekarskie Wileńskie, które przez lat 120 w warunkach najcięższych dla narodu umiało pozostać ogniskiem kultury polskiej na naszych rubieżach wschodnich, i nadal przez następne wieki promieniować będzie jasnym światłem wiedzy ku chwale medycyny polskiej, a dla dobra Narodu i Rzeczypospolitej“.

Następnie odczytuje i wręcza adresy: 1. Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego, 2. Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej:

„Do Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego. Towarzystwa Chirurgów Polskich, oraz Towarzystwo Chirurgiczne Warszawskie w 120 rocznicę istnienia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego składają wyrazy czci i uznania dla wielkich wysiłków i ciężkiej pracy Towarzystwa Wileńskiego, wśród niezmiernie trudnych warunków politycznych. Przesyłają zarazem serdeczne życzenia, by Towarzystwo Wileńskie nadal świeciło przykładem i niosło wysoko sztandar godności lekarskiej na rubieżach Rzeczypospolitej“.

(—) Andrzej Ciechomski, (—) Zdzisław Sławiński.

„Do Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu obchodu 120 letniego jubileuszu. Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka zaproszona na uroczystość jubileuszową jednego z najdawniejszych towarzystw lekarskich, a najdawniejszego na Ziemiach Polskich, ma zaszczyt przesłać wyrazy hołdu dla przestawnej, a tak zasłużonej Instytucji, której działalność nie tylko służyła w sposób wybitny nauce i sztuce lekarskiej, ale już przed stu laty zadzierzgała węzły z ludnością i miała się trudnych zadań społecznych, gdy nikomu nie śniło się jeszcze o medycynie społecznej. Skupiając się we wspomnieniu pełnem czci dla tylu znakomitych mężów, którzy w Towarzystwie Wileńskiem działali, których imiona są trwale zapisane w dziejach medycyny polskiej, a których cienie przenikają wszystkie Ziemie Polskie, — Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka śle Wileńskiemu Towarzystwu Lekarskiemu wyrazy podziwu dla sławnej Jego przeszłości, a zarazem życzenia rozwoju i owocnej pracy w niezależnej Ojczyźnie. Crescat, floreat“!

Naczelnik Izby (—) Adam Przyborowski.

VIII. Prof. Sawicki: „Jak uznojony podróżnik wśród długiej a ciężkiej drogi co pewien czas zatrzymuje się na chwilę, by rzucić okiem wstecz na przebytą przestrzeń i nabrać tchu do dalszej podróży, tak zbiorowiska ludzkie, ożywione jedną ideą i myślą o wspólnym celu, muszą od czasu do czasu zorjentować się, co już osiągnęły, a co mają jeszcze do wykonania. Takimi momentami orientacji w ich życiu są jubileusze. Wileńskie Towarzystwo Lekarskie już po raz drugi święci taki moment w historii swego rozwoju. Na szczęście, obecny jubileusz odbywa się w warunkach stokroć pomyślniejszych, niż ten który święcono przed 30 laty. Wówczas, by tchu w pracy nie zabrakło, by siły nie zawiodły w walce z niepokonalnemi, zdawało się, przeszkodami, trzeba było nieomal nadludzkich wysiłków. I Towarzystwo Lekarskie Wileńskie, jak zresztą całe społeczeństwo litewskie, zdobyło się na nie. Wpatrzone w świetlaną, często bohaterką przeszłość swoją, broniło ono swych szanów mężnie i wytrwale, nie raz w warunkach takich, że trzeba było wprost *contra spem sperare*. I doczekało się wreszcie chwili, gdy może odetchnąć swobodnie, gdy może żyć pełnem życiem. Dziś, gdy już ta zmora tłocząca jest poza Wami, zebraliśmy się tu, by Wam wyrazić cześć i wdzięczność naszą przedewszystkiem za to, żeście wytrwali na stanowisku, żeście nam przykładem świecili, jak w najtrudniejszych nawet warunkach nie należy rąk opuszczać. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie przez usta moje śle Wam wyrazy czci oraz serdeczne życzenia świetnego rozwoju na przyszłość“.

IX. Dziekan Prof. Zenon Orłowski przemówił w imieniu Wydziału Lek. U. S. B.

X. Prof. Dr. Januskiewicz przemawia w imieniu Wil. Koła Internistów polsk.

XI. Pułkownik Dr. Świerzyński przemawia w imieniu Towarzystwa Wiedzy Wojskowej i Lekarzy Wojskowych w Wilnie.

XII. Dr. Łobaczewski: „W imieniu Tow. Lek. Częstochowskiego do wieńca chwały i zasługi Wileńskiego Tow. Lekarskiego wplątam skromny liść wa-

wrzynu, oraz obejmując wzrokiem stu dwudziesto letni żywot Waszego Towarzystwa, prawdziwy wizerunek tragicznych dziejów Polski porozbiorowej, składam życzenia, aby lepsze dni Tow. Lekarskiego w Wilnie wysiłkiem pracy powróciły ponownie, aby płomień nauki polskiej rozgorzał na chwałę Ojczyzny w Jagiellońskim Grodzie!

Wileńskie Tow. Lekarskie *vivat, creseat, floreat*“!

XIII. P. Dr. Bączkiewicz, Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej:

„Dostojne Prezydium — Szanowne Zgromadzenie.

W imieniu Naczelnej Izby Lekarskiej, a więc głównej przedstawicielki stanu lekarskiego w Polsce, mam zaszczyt dziś stanąć przed Wami, Dostojni Kierownicy nawy Wil. Tow. Lekarskiego, aby w ręce Wasze złożyć hołd dla tej Przeważającej Szanownej Instytucji w dniu jubileuszu jej 120-lecia istnienia i pracy. Wiem, że dziś przede wszystkim są powołani przedstawiciele naukowych instytucji do składania homagium swej zasłużonej siostrzycy, lecz dumny i zarazem szczęśliwy jestem, że jest mi danem i w imieniu lekarza polaka stanąć tu w rzędzie hołdowników i czcicieli, Wileńskie bowiem Towarzystwo Lekarskie zabłysło na horyzoncie medycyny nie tylko w północnych Atenach, jako promienna gwiazda naukowa, lecz zarazem jako ta organizacja, która dzięki swemu inicjatorowi założycielowi i kierownikom, stała się instytucją pobudzającą i gromadzącą lekarzy pod swym sztandarem, aby ich wyprowadzić z atmosfery mglistych doktryn na drogę realnych dociekań i zastosowania owoców wiedzy dla dobra Ojczyzny i współobywateli.

Lekarz ówczesny, który zaśniedział w ignorancji, naraz znalazł podwoje otwarte do przybytku nauki i postępu i nie tylko rozszerzył tą drogą swe horyzonty wiedzy, ale został wciągnięty przez tę właśnie instytucję do pracy na niwie społecznej i narodowej. Ten właśnie kierunek Towarzystwa, które nie tylko wezwało stan lekarski do pracy naukowej, ale zarazem wskazało mu dziedzinę pracy społecznej, stanowi niepomiarłą zasługę Towarzystwa w dziejach Medycyny polskiej. Lekarz polski dziś doskonale pojmuję, że pierwszym jego obowiązkiem jest nie tylko pogłębiać i uzupełniać wiedzę swą, ale zarazem dążyć do pracy społecznej, jeżeli nie chce pozostać li tylko rzemieślnikiem w usługach instytucji ubezpieczeń społecznych, a natomiast nieść wysoko swój sztandar w społeczeństwie, jako przedstawiciel zawodu i obywatel kraju. Niech mi więc wolno będzie w imieniu lekarza polskiego złożyć Dostojnemu Prezydium życzenia, aby Wileńskie Towarzystwo Lekarskie długie lata w odrodzonej Ojczyźnie pracowało dla dobra nauki i chwały Rzeczypospolitej. Oby duch Franka i Śniadeckiego stale mu patronował w Jego zbożnej pracy“.

XIV. Prof. Szymanowski przemawia w imieniu Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego i Medycyny Doświadczalnej.

XV. Dr. Łążyński, delegat Warszawskiego Tow. Lekarzy Kresowych:

„In annuitatem CXX a Societate Medicorum Vilnensi condita.

Profunda cum animi commotione loquor, nam loquor intra istos muros honestos Urbis antiquae, ubi doctissimi et illustrissimi gentis nostrae viri vitam

agebant et magnifica opera sua creabant. Quorum nomina gloriosa semper grata memoria tenebimus et Posteritati trademus.

Loquor lingua latina, illa enim in origine huius Societatis quasi lingua paterna fuit.

Porto mecum gratulationes de nomine Societatis, medicorum Limitum Rei-publicae Orientalium, quae soros Vestra proxima est.

Utinam Societas Vestra per plurimos annos vivat et iloreat ad summam Patriae gloriam, ad perpetuam generis humani utilitatem, semper, uti antea, virtutem litterasque colens!

Ut nova tempora eant hominesque novi, nova regna,

Hic aeterna regat Veritas omnipotens!

XVI. Dr. Zahorski przemawia w imieniu Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Wilnie.

XVII. Prof. Władyczko: „W imieniu Wil. Oddziału T-wa Psychjatrów Polskich, w imieniu Tymcz. Komitetu T-wa „Trzeźwość“, z polecenia Wil. T-wa Przeciwgruźliczego, oraz w imieniu Kliniki Neurologicznej U. S. B. — danem mi jest w dniu dzisiejszym złożyć gratulacje na ręce Zarządu T-wa z powodu dzisiejszego jubileuszu.

Szanowni Panowie!

Są towarzystwa efemerydy, których istnienie jest krótkie, prędko giną, lub ledwie wegetują. Wil. Tow. Lekarskie jest wieczne. Jak długo będzie istniał świat, tak długo udziałem ludzi będzie śmierć, a wstępem do niej choroby, z którymi walczy lekarz.

Powstało to Towarzystwo sub auspitiis, powiem augustis ludzi wielkiej sławy lekarskiej, którzy stali wówczas na świecznikach wiedzy. Powstało ono, gdy zaczęła zradzać się tu myśl filarecka i filomacka, gdy Wszechnica Wileńska, przy której ono powstało zaczynała promieniować na Polskę całą, a także na Północ, Wschód i nawet Zachód. Stąd bowiem wyszedł Romantyzm polski, nauka krytycyzmu historycznego w Polsce, tu przecież powstała narodowa opera polska, od organisty Kościoła Św. Jana Moniuszki początek swój mająca, stąd powstała astronomja polska, stąd weterynarja polska, tu pracowali Śniadeccy. Tu uczyli się Mickiewicz, Słowacki i inni.

Powstałe w tak świetnych warunkach Wil. Tow. Lekarskie w swej działalności było odrazu, jak rzeka o nurcie głębokim, coraz szersza. Tylko w chwilach najazdu bolszewickiego, działalność nieprzerwana nieco zwężała się, później z szelestem skrzydeł Orła polskiego z wznowieniem działalności Wszechnicy Wileńskiej, znowuż, jak rzeka szeroka o nurcie głębokim, płynie dalej działalność Towarzystwa w kierunku morza prawdy, wiedzy i nauki.

Proszę Państwa! Wileńskie Towarzystwo Lekarskie jest jeszcze jakby szkołą pomocniczą dla naszych studentów Wydziału Lekarskiego wyższych lat studjów. Czerpią oni tu też wiedzę oraz widzą godne wzory starszych swoich kolegów lekarzy. Wil. Tow. Lekarskie jest jakby kuźnią, w której też się wykuwa przyszły lekarz Wileński i wogóle lekarz.

Wil. Tow. Lek. jest również wielkim czynnikiem psychologicznym, który

łączy w sobie wszystkich lekarzy wszystkich narodowości, wyznań i różnych koncepcyj politycznych, jest jakby ich synteza. W zgiełku sejmikującego życia, tu w Tow. Lekarskiem panuje spokój, tu niema stronnictw, tu niema polityki— tu jest nauka, nauka bezpartyjna — łącząca, cementująca wszystkich w jedną całość dla dobra i szczęścia chorego człowieka.

W tem tkwi wielkie znaczenie moralne i psychologiczne tego rodzaju Towarzystw, a więc i Wil. Tow. Lek.

W dniu więc tak uroczystym, jak dzisiaj, w zrozumieniu tej wielkiej a pięknej i zaszczytnej pracy, dokonanej w przeciągu lat 120 na polu naukowem, jak również w zrozumieniu tak zaszczytnej pracy w kierunku pedagogiczno-wychowawczym, jak również w zrozumieniu innych wielkich i doniosłych zadań i celów tego T-wa, o których wyżej mówiłem, życzę w imieniu już wymienionych instytucji i organizacji dalszej owocodajnej pracy dla dobra nieszczęśliwej i chorej ludzkości, a także dla rozwoju dalszej wiedzy i nauki lekarskiej, życzę jeszcze większej, „jasnej i świetlanej przyszłości“.

„Quod felix, faustum fortunatumque sit“.

XVIII. Prof. Jasiński przemawia w imieniu Tow. Pedjatrycznego.

XIX. Prof. Szmurło przemawia w imieniu Tow. Oto-Laryngologicznego.

XX. Dr. Karnicki—w imieniu Wil. Tow. Ginekologicznego.

XXI. Dr. Czarkowski—w imieniu Stowarzyszenia Lekarzy Polaków w Wilnie.

XXII. Dr. Girszowicz w imieniu Wil Stow. Lekarzy Żydów:

„W dniu jego studwudziesto-letniego jubileuszu przypada mi w udziale wysoki zaszczyt złożyć z ramienia żydowskiego zrzeszenia lekarskiego uroczysty hołd jednej z najstarszych kongregacyj lekarskich — Wileńskiemu Towarzystwu Lekarskiemu.

U niejednego z nas jeszcze świeżo zachowały się w pamięci nastroje z pod arkad starej sali posiedzeń, gdzie w atmosferze sędziwych foljantów i w obliczu uwiecznionych chlubą naukową popiersi naszych czcigodnych poprzedników, szła żywym tętnem praca ich dumnych epigonów.

Niczem nie zmaconą—nawet zawieruchą lat ostatnich — szło Towarzystwo wytkniętą drogą tradycji i nie dało się ani na chwilę ściągnąć z wysokości swego zadania—pomnąc, że stoi w świętej służbie cierpiącej ludzkości.

Jak wielką musi być nasza radość w dniu jubileuszu, widząc, że Towarzystwo, co nosi w sobie sławę przeszłości, kwitnie i w tej chwili bujnym kwiatem. A chlubne grono dziś tu zebranych daje nam niezłomne przekonanie, że Wileńskie Towarzystwo Lekarskie—wierne swej tradycji — i nadal z dumą baczyć będzie, by kapłańska służba jego dla czystej wiedzy i zdrowia ludzkości urosła w jeszcze większe szlachectwo ducha.

To jest nasze serdeczne życzenie w tym wiekopomnym dniu. Niech Wileńskie Towarzystwo Lekarskie jeszcze przez długie wieki będzie pochodnią i tem ogniskiem wiedzy lekarskiej, co swoim ciepłem i swoim światłem przygarnie do siebie tych wszystkich, którym tylko tego ciepła będzie brak, a światła zechcą szukać.

Vivat crescat, floreat Societas Medicorum Vilensis ad saecula saeculorum“.

(Prezes Dr. G. Gierszun, Wice-prezes Dr. Girszowicz, sekretar Dr. Gr. Giecow).

XXIII. Dr. Sułkowski przemawia w imieniu Lek. Szpitala Kolejowego.

XXIV. Dr. Węśławski—w imieniu Wil. Stow. Lekarzy Kasy Chorych.

XXV. Dr. Kosiński — w imieniu Stow. Asystentów U. S. B.

XXVI. P. Stefanowski w imieniu Stowarzyszenia Aptekarzy Wileńskich.

XXVII. P. Sylwanowicz—w imieniu Koła Medyków U. S. B.

XXVIII. Sekretarz Dr. Jakubowski odczytuje listy i depesze nadesłane przez następujące osoby i instytucje:

1. J. E. Ministra Spraw Wewnętrznych Raczkiewicza.
2. J. E. Ministra Spraw Wojskowych Generała Żeligowskiego.
3. Szefa Departamentu Sanitarnego M. S. Wojsk. W. P. Gen. Składowskiego.
4. Szefa Departamentu Sanit. M. S. W. Wewnętrz. W. P. Dr. Wroczyńskiego.
5. Polską Akademię Umiejętności w Krakowie.
6. Radę Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego.
7. Radę wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.
8. Izbę Lekarską Lwowską.
9. Izbę Lekarską Łódzką.
10. Towarzystwo Naukowe Lekarskie Warszawskie.
11. Towarzystwo Przyjaciół Nauk w Poznaniu.
12. Wydział Lekarski Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu.
13. Związek Lekarzy Zachodniej Polski.
14. Towarzystwo Lekarzy Miasta Łodzi.
15. Lubelskie Towarzystwo Lekarskie.
16. Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.
17. Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.
18. Stowarzyszenie Lekarzy Polskich.
19. Siedleckie Towarzystwo Lekarskie.
20. Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.
21. Łuckie Towarzystwo Lekarskie.
22. Kieleckie Towarzystwo Lekarskie.
23. Płockie Towarzystwo Lekarskie.
24. Polskie Towarzystwo medycyny Społecznej.
25. Koło Lekarzy imienia Karola Marcinkowskiego w Warszawie.
26. Warszawskie Stowarzyszenie Lekarzy Starozakonnych.
27. Koło Internistów w Poznaniu.
28. Polskie Towarzystwo Dermatologiczne.
29. Wileńskie Towarzystwo Dermatologiczne.
30. Państwowy Zakład Higieny.
31. Bibliotekę Wileńską.
32. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej.
33. Redakcję Nowin Psychjatrycznych.
34. Redakcję Polskiego Przeglądu Oto-Laryngologicznego.
35. Redakcję Kliniki Ocznej.

36. Redakcję Lwowskiej Polskiej Gazety Lekarskiej.
37. Redakcję Polskiego Przeglądu Chirurgicznego.
38. Redakcję Kwartalnika Klinicznego Szpitala Starozakonnych w Warszawie.
39. Prof. A. Gluzińskiego.
40. Prof. Wrzoska.
41. Prof. Ciechanowskiego.
42. Prof. Nowickiego.
43. Prof. Noiszewskiego.
44. Prof. Adolf Becka.
45. Docenta Janowskiego.
46. Dr. Serkowskiego.
47. Dr. Sterlinga Seweryna.
48. Dr. Zielińskiego Kazimierza
49. Dr. Szwejcera.
50. Dr. Flataua.
51. Dr. Rotstata.
52. Dr. Celarka.
53. Dr. Stefana Dembego.
54. Dr. Michalskiego Stanisława.
55. Dr. Czarneckiego.
56. Prof. Bujwid Otto nadesłał list i 100 złotych na fundusz stypendyjny. Imienia Śniadeckich.
57. P. Rygiela.
58. J. E. Arcybiskupa Wileńskiego i Lidzkiego Teodozjusza.
59. Dr. Offenberga Jana. „Z powodu uroczystości jubileuszowej załączam wyrazy szczerego uznania dla działalności Towarzystwa, wykazującego przez 120 lat istnienia swego wielką życzliwość i trwałość kultury polskiej na Kresach. Ziemia Mińska, oderwana w swej znacznej części od ciała Rzeczypospolitej, nie może być w całości reprezentowana w Wilnie podczas tego tak doniosłego dla całego naszego świata lekarskiego, święta. Niechże więc głos ten, pochodzący od ostatniego prezesa byłego Towarzystwa Lekarzy Polskich w Mińsku Lit., będzie symbolem jedności dziejowej, która zawsze wiązała ludność polską Mińszczyzny z Wilnem“.

(—) *Jan Offenberg.*

60. Polska Gazeta Lekarska nadesłała 2 egzemplarze Nr. 50 (13 grudnia 1925 r.) poświęcony jubileuszowi 120 lecia istnienia Wil. Tow. Lekarskiego, wydane na kredowym papierze

XXIX. Na zakończenie wygłaszają swe referaty: Dr. Czarkowski i Prof. Dr. St. Trzebiński (ogłoszone drukiem w zeszycie niniejszym).

O godzinie 3-ej przewodniczący Prof. Opoczyński dziękuje wszystkim za uświetnienie swą obecnością obchodu i zamyka posiedzenie.

Prezes *Opoczyński.*

Sekretarz *Dr. Jakubowski.*

Protokół

naukowego posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 11-go listopada 1925 roku.

Przewodniczący prof. *Opoczyński*, sekretarz dr. *Jakubowski*.

Obecnych 65 osób, w tej liczbie 39 członków.

Prof. *Opoczyński* poświęcił kilka słów wspomnienia pamięci zmarłej w dniu 6.XI. 1925 r. P. dr. *Antonowiczowej*.

Zebranie uczciło pamięć zmarłej przez powstanie.

I. Odczytanie i przyjęcie protokołu z dnia 25.X. 1925 roku.

II. Dr. *Zalkindson* pokazał chorą po operacji: Rhinoplastika partialis, wykonanej po usunięciu płaskokomórkowego raka końca nosa.

III. Prof. *Michejda* pokazał preparat wrzodu żołądka, otrzymany podczas operacji rezekcji tego narządu, i omawia sposób postępowania w tem cierpieniu.

IVa. Dr. *Kosiński* wygłasza referat „Z badań nad układem żylnym kończyny dolnej” (Wydrukowane).

Dyskusja. Dr. *Trzeciak* zapytuje o własności żyły odpiszczelowej w części jej udowej, oraz czy zna prelegent prace dotyczące powyższej sprawy wygłoszone przez *Schacka* i *Hesse* na X zjeździe chirurgów rosyjskich. (Streszczenie własne).

Dr. *Zarcyn*. Bardzo poważne badania d-ra *Kosińskiego* niestety nie były prowadzone na zwłokach osobników posiadających żylaki. Podczas wojny, będąc w charakterze lekarza wojskowego w komisjach przeglądowych, dziwiłem się, że tak często młodzi ludzie miewają na podudziach mocne rozwinięte żylaki. Rodzaj zajęcia tych osobników, zdawałoby się, nie mógł sprzyjać powstawaniu ich w tem miejscu. (Streszczenie własne).

Dr. *Kosiński* udziela wyjaśnień.

IVb. Dr. *Kosiński* wygłasza referat „Szczególny układ fałdów otrzewny w miednicy małej”. (Wydrukowane).

Dyskusja. Kolejno przemawiają: prof. *Opoczyński*, dr. *Kosiński*, dr. *Jakubowski* i dr. *Zarcyn*.

Prof. *Opoczyński* omawia teoretyczne znaczenie wygłoszonych referatów i dziękuje prelegentowi.

V. Dr. *Zalkindson* wygłasza referat „Dwa przypadki pooperacyjnego pęknięcia rany laparatomijnej”. W referacie swym prelegent omawia dwa przypadki pęknięcia ran laparatomijnych po gastroenterostomji. Pierwszy chory był operowany przed osiemnastu latami z powodu raka odźwiernika żołądka. Na 16-ty dzień po operacji, już po zdjęciu szwów skórnych podczas kaszlu pękły szwy rozciągną.

Drugi przypadek dotyczy niedawno operowanego osobnika na taką samą chorobę. W drugim przypadku rozciągnęto zeszyto naprzemian katgutem i jedwabiem. Na ósmy dzień po operacji zdjęto szwy skórne i w kilka godzin potem pękła rana rozciągną. Stwierdzono, że katgut wessał się, a szwy jedwabne niektóre popękały, inne zaś przecięły rozciągnę. Obecnie prelegent sto-

suje sposobem prof. Bier'a, zakładanie szwów sytuacyjnych metalowych przez wszystkie warstwy na przeciąg 14 dni. Założenie takich szwów w trzech odpowiednich przypadkach uratowało, zdaniem prelegenta, operowanych przez niego pacjentów od tak przykrego powikłania. Dlatego dr. Załkindson gorąco zaleca nakładanie takich szwów metalowych przy zeszywaniu ran pooperacyjnych w okolicy epigastrium.

Dyskusja. Dr. Michniewicz. Chociaż każdemu chirurgowi może zdarzyć się podobny przypadek, lecz sądzę, że można, poniekąd, zapobiec temu, jeżeli uwzględni się następujące punkty: 1) Należy pamiętać, że zarówno u osobników wycieńczonych, jak i u nadmiernie otyłych blizny są bardzo słabe w ciągu dłuższego czasu i dlatego w tych przypadkach trzeba, pomimo rychłozrostu, wyczekać kilkanaście dni zanim się szwy zdejmie. 2) Zeszywać rany należy gęsto i szeroko grubym jedwabiem. 3) Chorych takich należy przez czas dłuższy wytrzymać w absolutnym spokoju bez najmniejszego ruchu. 4) Jestem przeciwnikiem szycia szwami metalowymi (Matracennacht) na rolkach z gazików i jednocześnie zwykłymi szwami na brzegach rany, ponieważ szyjąc w ten sposób otrzymujemy dwa, rozmaitego napięcia, gatunki szwów, z których pierwsze (metalowe) mocniej ściągają ścianki brzuszne, niż drugie (jedwabne). Po zdjęciu szwów metalowych wskutek gwałtownej zmiany napięcia ścianek brzusznych w miejscu zeszywania, może nastąpić pęknięcie szwów jedwabnych. (Streszczenie własne).

Dr. Karnicki. Przypadki pęknięcia rany polaparatomijnej, chociaż bardzo rzadkie, lecz jednak bywają. Przyczyny tego powikłania byłbym skłonny szukać w infekcji rany. Mojem zdaniem, powstawanie rychłozrostu nie jest zależnem od materiału użytego do szycia. Szwy druciane tak zwane sytuacyjne, dawniej często stosowane, uważałbym za zbyt dobre. (Streszczenie własne).

Dr. Trzeciak. Zwykle w przypadkach pewnych aseptycznych robimy dublikaturę. Gorsze są przypadki gdy mamy do czynienia z osobnikami wyniszczonymi najczęściej skutkiem raka, kiedy trzeba robić cięcie po linii białej brzucha w górnej jego części. W takich przypadkach należy dokładnie zaszywać ściany brzuszne, zakładając szwy z odpowiedniego materiału i niezbyt blisko brzegów. Gdy nastąpi rychłozrost nie trzeba zbyt śpieszyć się ze zdejmowaniem szwów skórnych. Nieraz już w ciągu pierwszej doby, jeżeli szwy zostały zdjęte zbyt wcześnie, możemy obserwować rozchodzenie się rany. Szwy z drutu, które radzi zakładać prelegent, powinny tak być założone, ażeby nie wytwarzały z pozostałymi szwami dwu środowisk o różnem napięciu tkanek. Do szycia rany w tej okolicy możnaby stosować nitkę florencką, która wytwarza minimalny odczyn zapalny. Po operacji, dla uniknięcia podobnych powikłań, chory powinien być otoczony odpowiednią opieką. (Streszczenie własne).

Dr. Zarcyn. Sprawa, poruszona przez prelegenta, jest już dość stara. Na podstawie piśmienictwa można stwierdzić, że są cztery przyczyny powodujące rozejście się wszystkich warstw powłok brzusznych, lub utworzenie t. zw. ewen-

tracji, a mianowicie: 1) Brak własnych sił twórczych i obrończych ustroju, jako skutek wyniszczenia organizmu, przeważnie u chorych na raka. 2) Braki techniki — a) zeszywać należy szwem 3-ch piętrowym, by w ten sposób zmniejszyć możliwość wytworzenia się tego fatalnego powikłania, b) również cięcie podłużne, stosowane podczas operacji, powinno być zamienione cięciem poprzecznym stosowanym przez Pfannenstiela w ginekologii, które pozwala na łatwe scięnięcie otrzewnej przy zeszywaniu, i przy którym brzegi rany same mają tendencję do zbliżania się podczas czynności fizjologicznych. 3) Brak należytej opieki w okresie pooperacyjnym, gdy wzrasta napięcie powłok brzusznych skutkiem wymiotów, kaszlu lub innych czynności fizjologicznych. 4) Infekcja ze strony otrzewnej, lub też idąca w kierunku przeciwnym — od zewnątrz ku otrzewnej. (Streszczenie własne).

Następnie zabierali głos dr. Michniewicz i dr. Obiezierski.

VI. Sprawy administracyjne.

a) Profesor Opoczyński przypomina o mającym odbyć się w dniu 13.XII 1925 r. obchodzie rocznicy 120-lecia istnienia Wil. Tow. Lek., porusza sprawę wydawania członkom honorowym dyplomów oraz prosi, by zebranie uchwaliło wysokość składki na ten cel.

W dyskusji zabierali głos dr. Peszyński i prof. Januszkiewicz. Uchwalono polecić zarządowi opracowanie kosztorysu,

b) Zgodnie z uwagą do § 8 statutu Wil. Tow. Lek. za niepłacenie w ciągu 2 lat składki członkowskiej zostało skreślonych sześciu lekarzy z listy członków Wil. Tow. Lek.

Dwuch członków z powodu choroby zwolnionych od płacenia składek członkowskich.

c) Złożyli podania o przyjęcie w poczet członków Wil. Tow. Lek.

1) dr. Tymiński Józef. Polecają prof. Michejda i prof. Opoczyński.

2) dr. Siedlecki Marjan. Polecają dr. Kucharski i dr. Trzeciak.

d) Zostały zgłoszone następujące referaty: 1) prof. Władyczko „W 100-lecie rocznicę urodzin prof. Jana Charcot. 2) dr. Michniewicz — Pokaz preparatów z oddziału chirurgicznego szpitala S-go Jakóba. 3) dr. Zarcyn (demonstracja) Przyczynek do techniki przelewania krwi.

Prezes *Prof. Opoczyński.*

Sekretarz *Dr. Jakubowski.*

Protokół.

Naukowego posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 25-go listopada 1925 roku.

Przewodniczący *prof. Opoczyński*, sekretarz *dr. Jakubowski*.

Obecnych 89 osób, w tej liczbie 44 członków.

I. Odczytanie i przyjęcie protokołu z dnia 11. XI. 1925 roku.

II. Prof. Władyczko wygłosił odczyt p. t. „W 100 letnią rocznicę urodzin prof. Jana Charcot“.

Na wniosek prof. Władyczki zebranie urządziło owację znajdującym się na sali przedstawicielom kolonii francuskiej.

Prof. Opoczyński dziękuje prelegentowi i proponuje, ażeby uczczono pamięć zmarłego prof. Charcot przez powstanie, co obecni uczynili.

Następnie na wniosek prof. Władyczki przewodniczący proponuje, ażeby Wil. Tow. Lek. wysłało wspólnie z Wil. Tow. Neurologów i Psychjatrów depeszę do Komitetu obchodu 100 letniej rocznicy urodzin prof. Jana Charcot.

Zebranie jednogłośnie się zgodziło na propozycję przewodniczącego.

III. Dr. Michniewicz. Pokaz preparatów:

1) Russowa Wiktorja, 47 lat. Rozpoznanie: Włókniak pozaotrzewnowy prawego dołu biodrowego.

15. XI. 25 r. Chora przyszła do przychodni szpitala Św. Jakóba ze skargami na bóle w dołku po jedzeniu. Na zapytanie badającego chorą kol. Achmatowicza, który zauważył w brzuchu duży guz, czy dawno ten guz wyczuwa, odpowiedziała, że już mniej więcej od roku; ale jej nie przeszkadza i o niego jej o nie chodzi. Chora po namowach zgodziła się wstąpić do szpitala.

St. Pr. Chora ogromnie wycieńczona, T. 38,0, P. 90 słabego napięcia, tony serca głuche; w płucach norma, W brzuchu w okolicy biodrowej prawej wyczuwa się guz wielkości głowy dorosłego człowieka, mało ruchomy, niebolesny, twardy. Na nowotworze tym z lewej strony u góry i na przedniej powierzchni wyczuwa się pętle jelit zrosnięte z nowotworem, które pod wpływem ucisku podczas dotyku wydają odgłos przelewających się mas kałowych i gazów. Macica mała, jajniki nie powiększone. Analiza moczu nie daje nic nienormalnego.

17. XI. 25 r. Na żądanie chorej w uśpieniu chloroformowem wykonano cięcie brzucha po linii środkowej. Po otworzeniu jamy otrzewnej widzimy twardy nowotwór, wielkości głowy dorosłego człowieka, twardy, z nierówną gnazową powierzchnią, leżący w prawej okolicy biodrowej, ale sięgający za pępek. Cały ten nowotwór na przedniej i górnej powierzchni zrosnięty z jelitami, w ten sposób, że cała ślepa kiszka, wyrostek robaczkowy i koniec jelita krętego wychodzą jakby ze ściany nowotworu i są spłaszczone zupełnie w kształcie tasiemki, albo wstążki. Wyrostek robaczkowy 17 cm. długi, kręty w kształcie litery S wrośnięty do ściany nowotworu został odcięty i pozostawiony na miejscu. Po oddzieleniu jelit, od przedniej części nowotworu wypreparowujemy go z kreski, w której leży, i od zrostów ztyłu. Naczynia krwawiące kreski przewiązujemy.

W tylnej części zrosty są bardzo mocne; oddzielając je, dochodzimy do miejsca, gdzie do ściany nowotworu wchodzi moczowód prawy. Niemożebność wypreparowania moczowodu zmusza nas do przecięcia go i usunięcia razem z nowotworem. Preparując nowotwór ku górze, doszliśmy aż do nerki prawej, która okazała się rozciągniętą, dużą i zrośniętą z nowotworem. Wobec dużego defektu moczowodu i zrostów nerki, postanowiono usunąć całą nerkę prawą. Po usunięciu wszystkiego zeszyto otrzewną na miejscu nowotworu; zrobiono kontrakturę na miejscu nerki prawej, założono sączek. Ranę częściowo zaszyto. Opatrunek. Fizjologiczny roztwór pod skórę.

18. XI. 25 r. Temperatura normalna, stan chorej znośny.

21. XI. 25 r. Stan chorej poprawia się z każdym dniem, uskarża się na uczucie głodu. Samopoczucie dobre.

23. XI. 25 r. Wypróżnienie normalne, obfite, ilość moczu 300 cm. mocz przezroczysty, samopoczucie bardzo dobre. (Streszczenie własne).

2) Ilukowiczowa Elżbieta, 43 lata. Rozpoznanie: *Invaginatio partis inf. ilei et caeci*.

24. IX. 25 r. Wywiady: Chora od 7 tygodni, cierpi na stały ból brzucha, częste wymioty żółcią i od czasu do czasu wypróżnienia płynne z domieszką krwi.

St. pr. Chora ogromnie wycieńczona, blada, T. 37,9, P. 80, w jamie otrzewnej wyczuwa się na linii środkowej ponad pępkiem guz wielkości dwóch pięści męskich razem złożonych, bardzo mało ruchomy, miękkawy.

30. IX. 25 r. Po tygodniu, kiedy stan chorej był coraz gorszy, chora zgodziła się na operację. Po otworzeniu jamy otrzewnej znaleziono wolny płyn w ilości mniej więcej jednego litra, barwy krwawej. Na linii środkowej duży guz poprzeczny w stanie zapalnym, który po bliższym rozpatrzeniu przedstawia się jako wgłębiona do poprzecznicy część dolna кишки ślepej i wstępującej z kawałkiem jelita krętego. Część wgłębienia udało się rozciągnąć, jednakże została część 48 cm. długa, którą zresekowano. Zespolenie wykonano boczne jelita krętego z poprzecznicą (*enterocolostomia*), ranę zaszyto.

2. X. 25 r. Stan bardzo dobry, samopoczucie dobre.

10. X. 25 r. Szwy zdjęto, rychłozrost.

29. X. 25 r. Chora wypisała się zupełnie zdrowa, trawienie b. dobre, wagi przybyło 7 kilo. (Streszczenie własne).

W dyskusji zabrał głos prof. Opoczyński.

IV. Dr. Kosiński. O leczeniu zapaleń ropnych stawu kolanowego z pokazem preparatu (przeznaczone do druku).

W dyskusji kolejno zabierali głos: dr. Zarcyn, dr. Trzeciak. Dzięki uprzejmości autora zapoznał się przed kilku miesiącami z pracą niniejszą jeszcze w rękopisie i uważa za bardzo udatną myśl powrócenia do opracowania zabiegów operacyjnych na stawach w zapaleniach ropnych, gdyż rzecz ta wcale nie jest tak prostą, jakby się zdawało. Ważną jest rzeczą dla otrzymania dobrego wyniku odpowiedni zabieg w poszczególnych przypadkach, co potwierdzają obserwacje. T. mówi o kilku przypadkach spostrzeganych przez siebie z ropnemi zapaleniami w stawach kolanowych i łokciowych, o formie zabiegów wskaza-

nych w nich i o otrzymanych wynikach. Wiadomą jest rzeczą, że przy wykonywaniu cięć po obu stronach rzepki trzeba je przedłużyć stanowczo ku górze, gdyż w przeciwnym razie powstanie zbiornik ropy. Wnioski jednak prelegenta całą tę sprawę stawiają w odmiennym nieco świetle. Należałoby więc je poddać ściślejszym obserwacjom klinicznym. (Streszczenie własne).

W dalszej dyskusji zabierali kolejno głos: dr. Kosiński, dr. Zarcyn, dr. Trzeciak, prof. Ejger, dr. Kosiński i prof. Opoczyński.

V. Dr. Obieziński: „O zmniejszeniu ciśnienia krwi u kobiet w czasie klimakterjum pod wpływem wstrzykiwań wyciągów z gruczołów hormonalnych“.

Dyskusja. Prof. S. Siengalewicz zaznacza, że obniżenia ciśnienia krwi w czasie klimakterjum po wprowadzeniu śródmięśniowym wyciągów z trzustki, tarczycy i przytarczycy, nie można odnieść, jak to podkreśla prelegent, do działania wewnętrznego tych narządów, gdyż jak wiadomo każde białko wprowadzone do ustroju parenteralnie obniża ciśnienie krwi bez względu na swe pochodzenie. Wykazały to dowodnie badania Vanghana, Popielskiego, a również i Vidala i Dale. Mówca nie może również zgodzić się z prelegentem co do roli nadnerczy w okresie klimakteryicznym, gdyż badania Achnera nie wykazały żadnych zmian w nadnerczach kobiet podczas klimakterjum. Mówca przestrzega przed zbyt pochopnymi wnioskami, jakie nieraz są podawane przy badaniach nad wewnętrznym wydzielaniem; w szczególności przy opracowywaniu tematów z wyciągami poszczególnych narządów i tkanek musi być zachowana jak najbardziej krytyczna analiza fizjologiczna i farmakodynamiczna. (Streszczenie własne).

Następnie kolejno zabierali głos: prof. Szymański, prof. Ejger, prof. Trzeciński, dr. Pawłowski, dr. Obieziński, prof. Ejger, prof. Siengalewicz, dr. Obieziński i prof. Opoczyński.

Prezes *Prof. Opoczyński*.

Sekretarz *Dr. Jakubowski*.

Protokół

naukowego posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 13-go stycznia 1926-go roku.

Przewodniczący *prof. K. Opoczyński*, sekretarz *dr. S. Bagiński*. Obecnych 56 osób, w tem 36 członków.

Porządek dzienny obejmował: 1) Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 25-go listopada 1925 r. 2) Dr. Tymiński i Abramowicz. Przypadek rhabdomyomatu oczodołu. 3) Dr. Zarcyn. Wrażenia z uzdrowiska Berck s./mer. 4) Dr. Achmatowicz. Pokaz preparatu nadnerczaka. 5) Dr. Borowski. Społeczna walka z gruźlicą.

I. Po odczytaniu protokołu poprzedniego posiedzenia został przyjęty bez poprawek.

II. Dr. Tymiński demonstruje chorego z kliniki chirurgicznej U. S. B. z nowotworem lewego oczodołu, prawdopodobnie jest to rhabdomyoma w stanie nie nadającym się już do operacji. Jednocześnie prelegent demonstruje preparaty mikroskopowe rhabdomyomatu, który był niedawno operowany w klinice. (Przeznaczone do druku).

W dyskusji zabierali głos prof. Szmurło i prof. Opoczyński.

III. Dr. Zarcyn wygłosił odczyt „Wrażenia z uzdrowiska Berck s./mer. z demonstracją widoków uzdrowiska. (Przeznaczone do druku).

W dyskusji zabierali głos prof. Januszkiewicz, zapytując o wielkość plaży, jej utrzymanie, o wygląd plaży zalewanej podczas przypływu, o ilość kabin oraz kuracjuszków. Jednocześnie zaznaczył, że nie można całkowicie odrzucać wpływu klimatu morskiego. Prof. Szmurło zapytuje w kwestji usłonecznienia i powietrza, szczególnie zwracając uwagę na istniejące wiatry.

Dr. Zarcyn w odpowiedzi między innemi zaznaczył, że z tego co widział trudno wnioskować o swoistem działaniu klimatu morskiego na gruźlicę kostną.

Następnie zabierali kolejno głos: dr. Obieziński, dr. Szabad, dr. Zarcyn, dr. Peszyński i prof. Opoczyński.

IV. Dr. Achmatowicz demonstruje preparat nadnerczaka nerki prawej usuniętego przez prelegenta drogą operacyjną w dniu 28.XI. 25 r. w szpitalu Św. Jakóba w Wilnie,

Choroba trwała około roku; na początku występowała gorączka i krótko trwający krwimocz, od lipca 1925 r. rozpoczął się gwałtowny wzrost nowotworu.

Chory lat 18, b. silnej budowy i dobrego odżywienia, z żółtym zabarwieniem skóry; brak obrzęków, puchliny brzusznej i zwiększenia gruczołów. W prawej połowie brzucha guz wielkości głowy kilkoletniego dziecka wychodzący z nerki prawej. Czystoskopia stwierdza afunkcję nerki prawej i normalną funkcję lewej.

Guz nerki usunięty w choloroformowym uśpieniu cięciem poprzecznym z otwarciem jamy brzusznej; w czasie operacji stwierdzono przeżuty nowotworowe w gruczołach lędźwiowych i wątrobie. Operacja technicznie trudna ze względu na przerost do torebki tłuszczowej, znaczne rozmiary nowotworu i w wysokim stopniu rozszerzone żyły torebkowe.

Po upływie 18-tu g. chory zmarł przy objawach wstrząsu.

Diagnoza anatomo-patologiczna z Zakładu Medycyny sądowej U. S. B.
Hypernephroma permagnum malignum renis dextri subsequente trombosi completa neoplasmatice venae cavae inf. et metastases mediastini, pulmonum, hepatis et gl. lymphaticarum.

Podając niniejszy przypadek, prelegent zwraca uwagę na:

1. Złośliwość nowotworu i rzadką wielkość nowotworowo zmienionej nerki — nerka ważyła 2800 grm.
2. Zakrzep nowotworowy żyły próżnej dolnej wskutek przerostu przez żyłę nerkową.
3. Brak obrzęków kończyn dolnych. (Streszczenie własne).

V. Ze względu na spóźnioną porę odczyt d-ra Borowskiego został odłożony do następnego posiedzenia.

Zostały zgłoszone następujące referaty:

Dr. J. Hurynowiczówna: Badania doświadczalne nad niektórymi zmianami w organizmie pod wpływem parentezalnie wprowadzonej siarki.

Dr. K. Kosiński: O nauczaniu anatomji we Francji i Anglii.

Prof. M. Eiger: Fizjologia, patologia i farmakologia naczyń włosowatych (Rys. ogólny z pokazami świetlnymi i demonstracją przyrządów).

Prezes *prof. Opoczyński*.

Sekretarz *dr. Bagiński*.

Protokół

naukowego posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 27 stycznia 1926-go roku.

Przewodniczący *prof. K. Opoczyński*, sekretarz *dr. S. Bagiński*.

Obecnych 66 osób w tej liczbie 38 członków.

I. Odczytanie i przyjęcie protokołu posiedzenia z dnia 13-I. 1926 r.

II. Dr. Z. Kuncewicz demonstruje przypadek wodonercza nerki prawej. Chory M. B., lat 51, rolnik, podaje, że zachorował przed 4-ma miesiącami przy objawach silnych bólów w prawej połowie brzucha z jednoczesnem wystąpieniem guza w tej że okolicy. Po paru dniach bóle ustąpiły, guz jednak pozostał. Podczas badania stwierdza się w górnej części prawej połowy brzucha guz wielkości głowy dorosłego człowieka, kształtu owalnego, powierzchni gładkiej, zbitości sprężystej, ruchomy przy oddechaniu, dający się wyczuć pod łukiem żebrowym. Wątroba macalna, dość miękka. Na powierzchni guza wymacują się pętle jelita grubego. Badanie moczu wykazało obecność białka, wałeczków szklistych, pokrytych leukocytami. Badanie czynnościowe nerek ustaliło niewydolność ich. Badanie cystoskopowe stwierdziło znaczne opóźnienie w wydzielaniu moczu (nerka prawa dopiero po 30 m.). W celu wykluczenia bąblowca nerki przeprowadzono próbę Golkina, zastrzykując śródskórną 0,2 cm. surowiczego płynu torbieli bąblowca. Próba ta wypadła ujemnie. (Streszczenie własne).

W dyskusji kolejno zabierali głos: *prof. Januszkiewicz*, *dr. Michniewicz*, *dr. Zarcyn*, *dr. Achmatowicz* i *prof. Opoczyński*.

Dr. J. Abramowicz demonstruje 2 chorych z kliniki ocznej U. S. B. u których zastosowano barwienie bielma rogówkowego roztworem chlorku złota według sposobu Knappa. Zabieg ten przedstawia się w sposób następujący: po zeszkrobaniu ostrą łyżeczką nabłonka i gęstej skaryfikacji blizny dotyka się rogówki wacikiem, zmoczonym 2% roztworem chlorku złota w przeciągu 5 mi-

nut. Oddziaływający kwaśno roztwór złota zobojętnia się uprzednio dodaniem odrobiny czystej sody.

Po upływie 1 godziny wskutek redukcji soli złota występuje w tkance rogówki zabarwienie ciemnofioletowe a następnie czarne. Zabarwienie może być przyspieszone przez zapuszczenie do worka spojówkowego redukującego płynu, na przykład adrenaliny.

Zabieg powyższy jest nadzwyczaj prosty i może być wykonany przez nie-specjalistę. Podrażnienie oka jest nieznaczne. Ubytek nabłonka wypełnia się po kilku dniach.

Dotychczasowy sposób barwienia bielma rogówki, polegający na mechanicznym wprowadzeniu barwika, daje nie zawsze zachęcające wyniki, a czasem, zwłaszcza w przypadkach bielma z wrośnięciem tęczówki, jest wprost niebezpieczny dla oka.

Przyczyną tego zjawiska jest, z jednej strony, sposób wprowadzania barwika, a mianowicie nakłuwanie rogówki, z drugiej zaś strony nie zupełnie obojętny dla oka tusz chiński, służący jako barwik.

Z tego więc względu zasługuje na uwagę sposób Knappa, którego przewodnią myślą jest wprowadzenie barwika nie drogą mechaniczną, lecz chemiczną. (Streszczenie własne).

Prof. K. Michejda przedstawia: 1) dwie chore, u których poprzednio założono poza kliniką przetokę żołądkowo-jelitową tylną. Obie były operowane w klinice z powodu dolegliwości podmiotowych i przedmiotowo stwierdzonej nieczynności przetoki. U jednej ograniczono się do rozluźnienia licznych zrostów, u drugiej założono nową przetokę blisko odźwiernika. Po półroku obie chore wróciły z temi samymi objawami, co i poprzednio. U pierwszej dokonano rezekcji sposobem Billrotha I., poczem odcinki jelita cienkiego zeszyto szwem obwódkowym; u drugiej chorej rezekowano żołądek wraz z przetokami żołądkowo-jelitowymi, łącząc dolną część światła żołądka z przeciętem światłem jelita odprowadzającego, zaś przecięte w pobliżu uchylka dwunastniczego (rei duodeno-jejunalis) jelito czcze sposobem Roux z odcinkiem odprowadzającym. Stan obu chorych znacznie się poprawił. Prelegent zwraca uwagę na to, że u żadnej z chorych nie napotkał śladu wrzodu żołądka ani przy badaniu podczas zabiegu, ani też na preparatach; 2) dwa preparaty żołądków rezekowanych z powodu krwących wrzodów okrągłych żołądka wzgl. dwunastnicy. Wrzód dwunastnicy usadowiony poza odźwiernikiem, dał bardzo obfite krwawienia, wrzód drobny, ledwo wyczuwalny (rezekcja sposobem Krönlein-Mikulicza). Drugi usadowiony na krzywiźnie małej o typie wrzodu modelowego z ubytkiem b. drobnym (rezekcja poprzeczna). Wyniki u obu chorych bardzo dobre; 3) chorego operowanego z powodu postrzelonego tętniaka tętnicy podobojczykowej i porażenia nerwu środkowego. Tętnicę podwiązano (objaw Lexer-Coenena wybitnie dodatni), worek tętniaka częściowo usunięto, resztę plombowano płatem mięśniowym wziętym z m. piersiowego dużego. Wynik dobry — jakkolwiek tętna w tętnicy promieniowej niema. Nerw uwolniono z blizn, poprawa w tym zakresie nieznaczna (od zabiegu 3 tygodnie); 4) prof. Michejda

omawiu przypadek samoistnie zagojonego tętniaka tętnicy podobojczykowej (postrzałowym). Bezpośrednio po wypadku płaski tętniacy pod obojczykiem guz, nad którym szmer ciągły silniejszy w fazie skurczowej. Po 2 tygodniach szmer rozkurczowy znikł. Chory opuścił szpital — obecnie po 2 miesiącach zgłasza się: nie ma śladu ani guza, ani też szmeru. Tętno w tętnicy promieniowej prawidłowe. Prelegent omawia dotyczące piśmiennictwo. (Streszczenie własne).

III. Dr. Załkindson demonstruje przypadek tłuszczaka krezki. Nowotwór symulował przepuklinę uwięzioną i został usunięty drogą operacyjną z rezekcją kilku cmtr. jelita cienkiego.

W dyskusji zabierali głos prof. K. Michejda i dr. Zarcyn.

IV. Dr. Zarcyn wygłosił krótki referat pod tyt. „Przyczynek do techniki przelewania krwi“ z demonstracją najbardziej używanych aparatów. (Przeznaczone do druku).

W dyskusji prof. Ejger „wskazuje na to że poruszona sprawa „typów“ osobników, których krew wywołuje zlepianie się krwinek u innych, jest szczegółowo opracowana przez docenta L. Hirschfelda i twierdzi, że liczenie się z tym czynnikiem obowiązuje tych, którzy chcą stosować przelewania krwi. Strzykawki, aczkolwiek ulepszone, trudno poddają się wyjałowieniu; krew przy zetknięciu się z gumą lub szkłem nawet parafinowaniem krzepnie i wywołuje toksyczne zmiany we krwi oraz działa szkodliwie, według badań angielskich, na układ krwionośny. Poleca się przeto zamiast przelewania krwi zastrzykiwanie dożylnie 6% roztworu gumy akacjowej (*Gummi Acaciae*) w roztworze fizjologicznym soli, zaproponowanego przez Baylissa i Dale'a. Płyn ten dlatego jest lepszy, niż zwykły roztwór fizjologiczny, że posiada ciśnienie osmotyczne koloidalne zbliżone do osocza“ (Streszczenie własne).

Następnie zabiera głos prof. Siengalewicz, zaznaczając, że 6% roztwór żywicy akacji okazał się bardzo dobrym środkiem do wlewań śródżylnych, zastępuje ten roztwór w zupełności przelewania krwi dożylnie, posiada te same własności fizyczne co krew, a nadto ma tę zaletę że daje się łatwo wyjaławiać. Badania doświadczalne Baylissa i Dale'a wykazały nie dwuznacznie wartość podobnych wlewań dożylnych, a praktycznie zostało wielokrotnie stwierdzone w czasie wielkiej wojny — przy tak zwanem wstrząsie przyrannym. (Streszczenie własne).

V. Dr. Borowski w obszernie opracowanym referacie poruszył „społeczną walkę z gruźlicą“ w Polsce i zagranicą. Prelegent wskazał na to, w jakim kierunku kroczy walka z gruźlicą zagranicą, jakie sposoby należy uznać za najbardziej racjonalne, oraz jakie wyniki osiągnięto. Obecnie ma zastosowanie przeważnie t. zw. system Edymburski, ogłoszony w 1888 r. przez Roberta Filipa, który jednakże w Polsce ze względów finansowych musi być nieco zmieniony, mianowicie na I plan winne być wysunięte poradnie i dopiero na samym końcu, w miarę możliwości — sanatoria.

Poradnie mają na celu rozciągnąć opiekę na szerokie warstwy ludności biednej w kierunku zapobiegania zakażeniu, przez szerzenie wiadomości higienicznych, wyszukiwanie gruźlicy początkowej i przypadków niebezpiecznych dla

otoczenia. Następnie prelegent daje sprawozdanie z działalności Wileńskiej poradni przeciwgruźliczej, uruchomionej 1 kwietnia 1925 r. i kończy swój odczyt zaznaczając, że tylko wspólnym wysiłkiem Rządu, Społeczeństwa i przeznaczonych ku temu instytucyj, w pierwszym rzędzie Kas chorych, gruźlica jako klęska społeczna może być w swych rozmiarach opanowana.

Z powodu spóźnionej pory dyskusja nad odczytem została odłożona do następnego posiedzenia.

Zgłoszono referat: Dr. S. Bagiński — „Sposób Bocka wykrycia hormonów we krwi, oraz ocena jego“.

Prezes *Prof. Opoczyński*.

Sekretarz doroczny *Dr. Baginski*.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. K. Opoczyński, Diagnostyka histologiczno-patologiczna.

Swiezo opuściła prasę „Diagnostyka histologiczno-patologiczna“ profesora Kazimierza Opoczyńskiego z 110 rysunkami w tekście — wydawnictwo koła medyków uniwers. Stef. Bator. w Wilnie — Drukarnia „Pax“ 1926 r.

Nie wyszliśmy jeszcze z okresu, w którym ukazanie się w języku polskim podręcznika z dziedziny medycyny praktycznej jest „zdarzeniem“. Jak to „zdarzenie“ wygląda zbliższa?

Ocenę rzeczową z punktu widzenia dokładności opisów, ścisłości teoretycznych informacji, odpowiedniości przykładów, wyboru i wykonania rysunków, pozostawiam fachowcom, którym zresztą wypadnie się liczyć ze znanymi aż nadto dobrze trudnościami finansowej natury, ciążącymi nad wszystkimi naszymi wydawniczymi poczynaniami, a sprawiającymi, że nasze książki wychodzą takimi, jakimi być mogą, nie zaś takimi, jakimi by je autor chciał widzieć.

Natomiast pragnąłbym poświęcić słów parę omówieniu pedagogicznej wartości metody, przez autora w przedmowie naszkicowanej, a z rzadką konsekwencją i ścisłością w całej książce przeprowadzonej. Metoda to droga, prowadząca do pewnego celu.

Jakiż to cel i jaka droga? Cel: przyjsie z pomocą uczącym się w pokonaniu trudności, które nastęrcza badanie mikroskopowe, droga: praktyczne ujęcie zagadnień diagnostyki histologicznej. Poszczególne etapy tej drogi: krótkie wiadomości z dziedziny histologii normalnej, omówienie w ogólnych zarysach przebiegu badania mikroskopowego, oraz metody opisywania preparatów drobnowidowych, i ogólnego charakteru biegu myśli diagnostycznej. Nakoniec informacje teoretyczne, poparte przykładami, wziętymi z bezpośredniego badania mikroskopowego. Przykłady te to własnoręcznie wykonane rysunki.

Autor zastrzega się, że książka nie jest systematycznym wykładem anatomji patologicznej mikroskopowej, o czem biorący ją do ręki wiedzieć powi-

nien. Jest ona dopełnieniem podręczników systematycznych i może przynieść korzyść tylko tym, którym nie są obce ogólne zasady histologii prawidłowej i anatomii patologicznej.

Jak prof. Opoczyński założenia swe wykonał?

Aczkolwiek rysunki mają ilustrować tylko przykłady, właściwie one stoją w książce na pierwszym miejscu. Tekst jest objaśnieniem, służącym w myśl intencji autora do ich pedagogicznego wykorzystania. A tekst to zwięzły, nie zawierający jednego niepotrzebnego i nieprzemyślanego słowa, wolny od wszystkiego, co by umysł czytelnika mogło odrywać od głównego celu książki, a więc od dokładnego rozpoznania ze szczegółów całości obrazu, będącego w danej chwili przedmiotem jego uwagi, ułożony niezmiennie w jednakowym porządku,

Jest to więc właściwie atlas histologii patologicznej, tylko atlas, ułożony z wielką systematycznością, zastosowany do ściśle określonego dydaktycznego celu, coś w rodzaju doskonale umotywowanego „klucza” ilustrowanego do rozwiązywania zagadnień diagnostyki histopatologicznej, na podobieństwo kluczków do systematyki botanicznej na przykład.

Nie mam pretensji do tego, abym znał wszystkie analogiczne wydawnictwa, ale między temi, które mi są znane, książki w ten sposób ujętej i z taką wytrzymałością pod tym właśnie kątem widzenia wytrzymałej, napewno nie widziałem.

Dlaczego zaś takie ujęcie wydaje mi się szczególnie pożytecznem?

Młodemu adeptowi medycyny, przystępującemu do ćwiczeń z histologii normalnej, lub patologicznej, grożą przede wszystkim dwa niebezpieczeństwa: jedno, albo drugie w zależności od jego duchowej struktury indywidualnej, wyrażającej się w przynależności do jednego z dwu najczęstszych psychologicznych typów.

Pierwszy typ—to typ o dobrze rozwiniętym i sprawnie działającym zmysłowym, zwłaszcza wzrokowym aparacie. Ogarnia on łatwo widziane obrazy, orientuje się w nich szybko i bez trudności jeden od drugiego odróżnia. Zato często nie uczuwa on potrzeby zastanowienia się nad znaczeniem poszczególnych elementów, czyli analizą całości, rozpoznając raczej mechanicznie, na podobieństwo owego niższego personelu laboratoryjnego, o którym wspomina autor w przedmowie.

Drugi typ—to student rozumowiec. Obrazy wzrokowe gorzej się utrwalają w jego pamięci. Dzięki temu słabo się on w nich orientuje, ucząc się histologii nie z preparatów, lub rysunków, lecz chętniej z gotowych opisów, te bowiem dają mu gotową analizę obrazów, którą on sobie przyswaja nie drogą bezpośrednich wrażeń wzrokowych danych szczegółów morfologicznych, lecz drogą zapamiętania wyrazów, będących tylko ich symbolami. Ale z takich symbolów słownych nikt nie odtworzy sobie konkretnego obrazu tkanek i organów, nic więc dziwnego, że i jemu nie udaje się ich rekonstrukcja wyobrażeniowa, nieodzowna przecie do rozpoznania konkretnego preparatu.

Rezultat zaś taki, że typ pierwszy słabo odpowiada na egzaminie teoretycznym, drugi miewa trudności w praktycznym.

Otóż książka prof. Opoczyńskiego dopomaga i jednemu i drugiemu.

Wzrokowca zmusza odrazu do dokładnego zdawania sobie sprawy z tego, co widzi i umotywowania diagnozy, intuicyjnie postawionej, „rozumowca” bierze za rękę, każąc mu zająć się przedewszystkiem rysunkiem i wprost narzucając mu ćwiczenie wzrokowej percepcji, oraz wzrokowej pamięci.

Tyle o tem, co dla mnie w tej pożytecznej książce jest najważniejsze. Teraz jeszcze parę przykładów z dziedziny szczegółów, które pragnąłbym widzieć zmienionymi w drugim, — spodziewam się nie dalekiem—jej wydaniu. Autor wstęp zaczyna od zdania, że zasady rozpoznawania histopatologicznego oparte są przeważnie na *indukcyjnej* metodzie myślenia, to jest na uogólnianiu pojęć przy przechodzeniu ze szczegółów na całokształt zjawisk morfologicznych. Otóż w samej rzeczy indukcja od poszczególnych zjawisk dochodzi do uogólnień, może jednak w celu uniknięcia nieporozumień, praktyczniej nie używać tego terminu tam, gdzie chodzi o rozpoznawanie, aczkolwiek nieraz się to czyni. Uogólnienia bowiem, otrzymywane drogą indukcji, to *nowe prawa*, podczas, gdy rozpoznawanie ma na celu umieszczenie danego zjawiska w rubryce klasyfikacyjnej, poprzednio ustalonej, dzięki czemu jest ono tylko odwróceniem klasyfikacji *). Drugi przykład to wyrażenie: „*różniczkowe* rozpoznanie”. Muszę się przyznać do tego, że ja sam do niedawna tak się wyrażałem. Przestałem jednak używania tego terminu od chwili, w której zastanowiłem się nad uwagą Szumowskiego, wypowiedzianą w ocenie jednej z prac Wład. Biegańskiego. Wiemy, co to *różniczkowy* rachunek, natomiast nie mówiąc o *różniczkach*, lecz o *różnicach* w rozpoznawaniu, nie mamy racji do nazywania diagnozy „*różniczkową*”. Naturalniej nazwać ją „*różnicową*”. Jest to nieścisłość językowa, zapewne niełatwa do wykorzenienia, podobnie do pokutującego już od dobrych lat kilkudziesięciu terminologicznego dziwoląga „*odruch ścięgnisty*”, zasługująca jednak na to, aby jej unikał ten, kto ją sobie raz uświadomił.

Na zakończenie myślę, że, gdyby mi kazano w kilku słowach scharakteryzować Diagnostykę histologiczno patologiczną prof. Opoczyńskiego, to wypadłoby mi ją nazwać „*właściwą książką na właściwym miejscu*”.

S. Trzebiński.

Wiadomości bieżące.

Dnia 23 i 24 maja odbędzie się w Wilnie zjazd polskich Otolaryngologów. Zjazd ten według pierwotnej uchwały miał się odbyć we Lwowie, wskutek wszakże nieprzewidzianych przeszkód w tym roku odbyć się tam nie może. Główny Zarząd Towarzystwa Otolaryngologicznego po porozumieniu z Sekcją Wileńską postanowił przenieść go do Wilna.

W tym samym terminie odbędzie się w Wilnie Zjazd polskich Dermatologów i Syfiliologów.

IV Zjazd Higienistów Polskich i V Zjazd Lekarzy i Działaczy Sanitarnych Miejskich odbędą się, jako zjazd połączony, w Wilnie 13 i 14-go Czerwca 1926 roku.

Komitet wykonawczy: Prof. Dr. Kazimierz Karaffa - Korbütt, Dr. Marjan Kozłowski, Vice - prezydent Jan Łokucijewski, Dr. Michał Minkiewicz.

*) Nie mogąc na tem miejscu zastanawiać się obszerniej nad tą kwestją metodologii, nie pozbawioną znaczenia, odsyłam czytelnika do Biegańskiego, który ją rozważa w swem wydaniu „*Logiki medycyny* str 126”.

Program obejmuje następujące tematy główne:

- 1) Gospodarka sanitarna samorządów: organizacja, plan działalności i budżety.
- 2) O wyszkoleniu personelu sanitarnego.
- 3) Higjena pracy.
- 4) Zadania samorządów w walce z alkoholizmem.
- 5) Stan sanitarny m. Wilna i Ziemi Wileńskiej.

Uprasza się o zgłaszanie referatów i nadsyłanie streszczeń oraz wniosków do Sekretariatu Komitetu: Wilno, Magistrat Dominikańska 2, Sekcja Zdrowia do 1.V 26 r. Wpłata za udział w zjeździe 10 zł.

Dnia 9. III r. b. o godz. 8-ej wieczorem w Sali posiedzeń Wileńskiego T-wa Lekarskiego odbyło się pod przewodnictwem prof. J. Szmurły posiedzenie Sekcji Otolaryngologicznej, na którym przewodniczący wygłosił odczyt p. t. „Spółczesny stan wiedzy o układzie otolitowym”. Przewodniczący demonstruje protezę z 4-ma zębami, której nie udało się wydobyć z przelyku drogą ezofagogkopji, a która po 2 dniach wydostała się przez odbyt.

Dnia 16 II r. b. o tej samej godzinie i w tym samym lokalu odbyło się posiedzenie Sekcji Otolaryngologicznej pod przewodnictwem prof. J. Szmurły, z następującym porządkiem dziennym: Prof. Szmurło, pokaz chorego z objawami zajęcia mózdzku. Dr. L. Lewande, pokaz chorej z objawami zaburzenia układu otolitowego. D-r Czarnowski, pokaz guzika metalowego, wydobytego z przelyku dziecka 4-letniego po bezskutecznej próbie wydobywania go drogą oesophagoskopji.

Posiedzenie naukowe Wil. Oddziału Polsk. T-wa Psychjatrycznego odbyło się dnia 12 marca 1926 roku pod przewodnictwem Prof. Dr. St. Władyczki.

1. Na wniosek przewodniczącego uczczono przez powstanie zmarłych psychjatrów Polskich: D-ra Kolbergera, byłego dyrektora Zakładu Psychjatrycznego w Kulparkowie, i D-ra Janowskiego, st. ordynatora Zakładu Psychjatrycznego w Tworkach.

2. Dr. A. Falkowski przedstawił przypadek z przebytem okresem jasnego zamroczenia.

3. Dr. H. Jankowska omawiała przypadek Paraphrenii, poprzedzony zespołem objawów o charakterze „der sensitive Beziehungswahn” Kretschmera i krótką remisją.

4. Prof. Dr. J. Retinger wygłosił odczyt na temat: Obserwacje nad metodami laboratoryjnymi w wypadkach psychjatrycznych i neurologicznych.

5. Dr. A. Wirszubski wygłosił odczyt: Coma neoplasticum.

20 lutego b. r. odbyło się kolejne zebranie lekarzy szpitalnych w szpitalu „Sawicz” z następującymi pokazami.

Kol. Wirszubski. Pokaz przypadku Acrocyanosis anaesthetica chronica, leczonego operacyjnie za pomocą sympatectomji, bez rezultatu.

Kol. Dąbrowski. Pokaz szeregu chorych na jaglicę w różnym stopniu rozwoju i przypadków operowanych.

Kol. Hanusowicz. Pokaz chorego na morbus Dühringii.

Kol. Piotrowicz - Jurczenko. Referat „Przegląd leczenia kily” z pokazem.

Kol. Wołodźko. Doświadczenia nad leczeniem lupus’a zakażeniem różą z pokazem chorych.

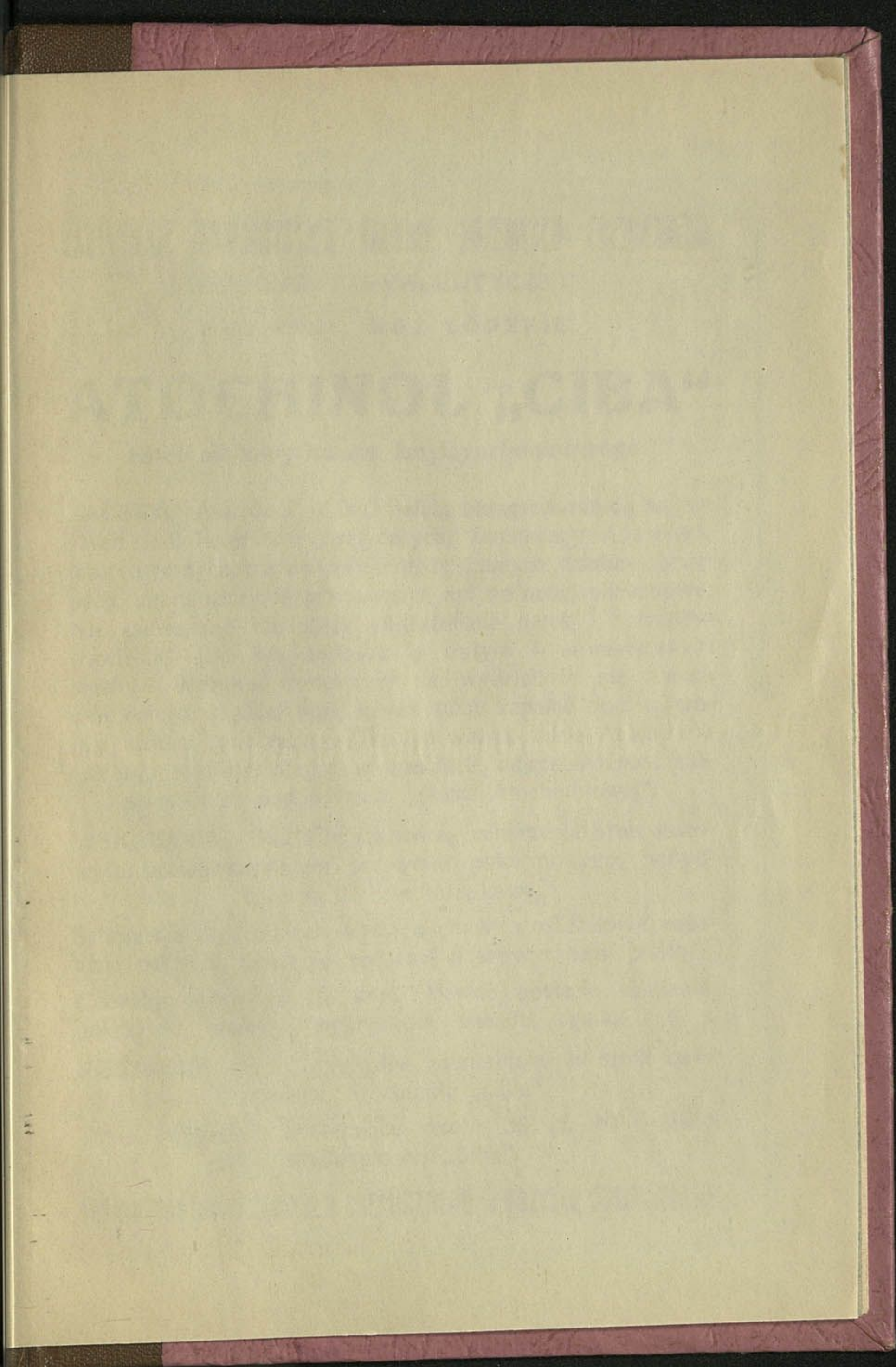
Następne zebranie odbyto w szpitalu św. Jakóba 20 marca b. r.

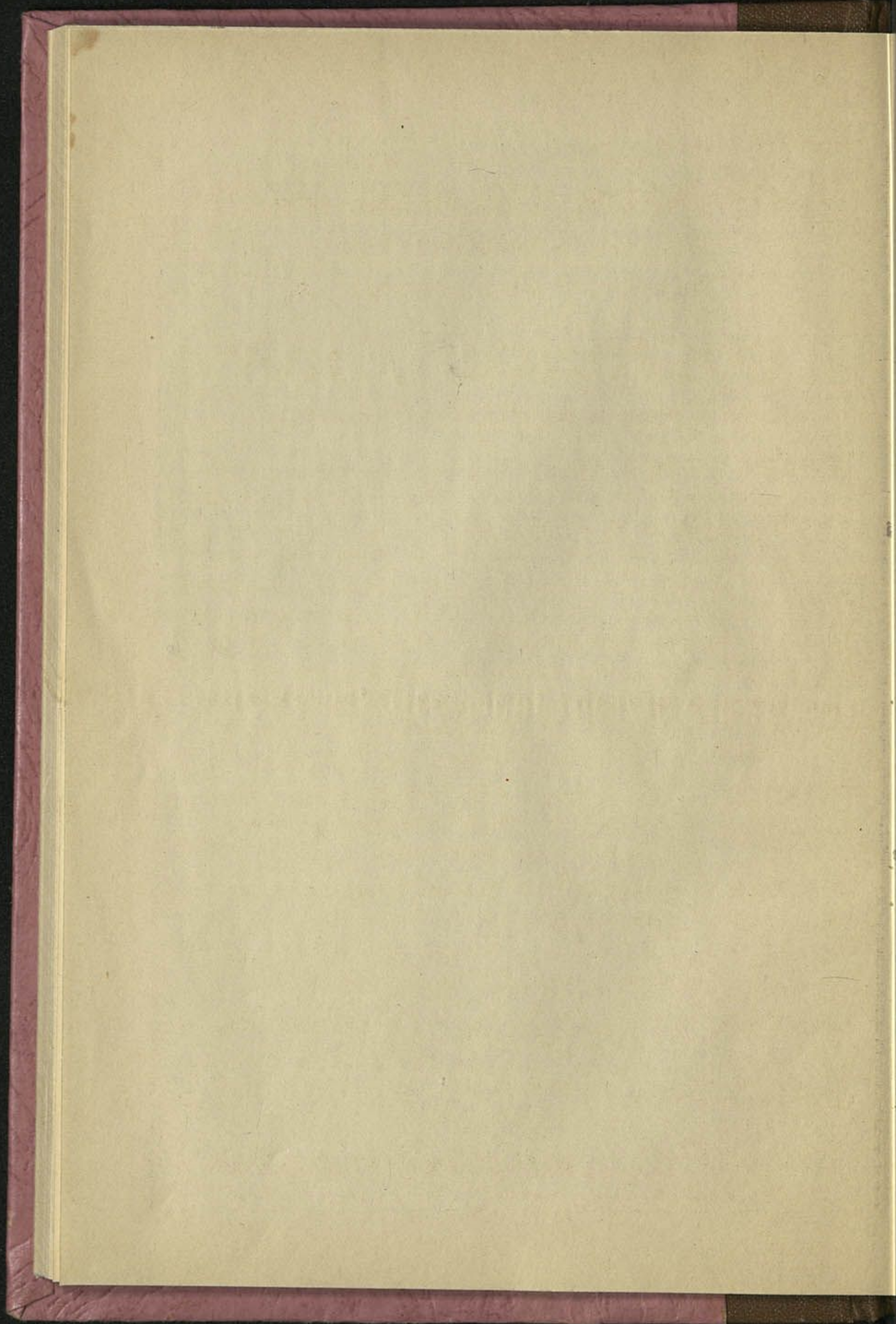
Stowarzyszenie Lekarzy Polaków w Wilnie i na prowincji, założone w roku 1918 liczy obecnie 130 członków. W ciągu roku 1925-go przyjęto 7-miu nowych członków, wypisało się 4-ch, zmarł 1. Zebrań zwyczajnych ogólnych odbyto 8, nadzwyczajnych 1. Przeprowadzono próbną głosownicę zeznań o obrocie lekarzy i wybrano specjalnych delegatów okręgowych do komisji Izby Skarbowej.

W porozumieniu z Izłą Skarbową postanowiono ustalić wzór księgi dochodowej dla lekarzy. Wygłoszono dwa referaty. Dr. Borysewicz „O walce z ograniczeniem potomstwa i ze zwyrodnieniem rasy”, Dr. Brokowski „O alkoholizmie wśród dziatwy szkół powszechnych m. Wilna”.

Walne zebranie doroczne odbyto dnia 30 listopada 1925 roku.

Budżet Kasy Stowarzyszenia wynosi:





PABJANICKIE TOWARZYSTWO AKCYJNE PRZEMYSŁU CHEMICZNEGO
ODDZIAŁ FARMACEUTYCZNY
PABJANCE, WOJ. ŁÓDZKIE.

ATOCHINOL „CIBA“

Ester allylowy kwasu fenylcynchoninowego.

ZALETY: Atochinol „Ciba“ należy bezsprzecznie do najlepszych środków przeciwartretycznych. Stosowany w dawkach terapeutycznych, nie wywołuje nigdy żadnych działań ubocznych, ani na naczynia krwionośne, ani na drogi oddechowe. Nie zauważono też nigdy podrażnienia nerek i narządów trawienia. Jest bez zapachu o miłym i aromatycznym smaku. Wpływa energicznie na wydzielanie się kwasu moczowego, łagodzi bóle, usuwa stany zapalne oraz wywołuje spadek temperatury. Bardzo ważną zaletą Atochinolu jest jego rozpuszczalność w lipoidach, dająca możliwość stosowania go pod postacią „Maści Atochinolowej“.

WSKAZANIA: Skaza moczanowa, schorzenia błon śluzowych, przedewszystkiem przewodu pokarmowego, nerwobóle na tle dny żołądkowej.

Schorzenia dróg oddechowych: dychawica oskrzelowa, zapalenie oskrzeli, zapalenie opłucnej o artretycznem podłożu. Choroby skóry na tle dny: Pewne postacie rumienia, pokrzywki, plamicy, wyprysków, świądu, ognika i t. p.

POSTACIE: Rurki oryginalne zawierające 20 sztuk kołaczyków Atochinolu „Ciba“.

Tubki oryginalne zawierające około 30 gr. 20% Maści Atochinolowej „Ciba“.

TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU CHEMICZNEGO W BAZYLEI, SZWAJCARJA.

Atoksyczne szczepionki utrwalone:

NEO-DMEGON

Szczepionka lecznicza **przeciwigonokokowa**.
Leczenie rzeżączki i jej powikłań.

Pudełko zawiera 6 amp. po 1 cm.³

NEO-DMESTA

Szczepionka lecznicza **przeciwgronkowcowa**.
Leczenie zakażeń pochodzenia gronkowcowego:
wrzody, karbunkuły, ropnie, zapalenie skóry i t. d.

Pudełko zawiera 6 amp. po 1 cm.³

NEO-DMETYS

Szczepionka lecznicza **przeciwkrztuścowa**. Le-
czenie krztuśca we wszystkich okresach.

Pudełko zawiera 6 amp. po 1 cm.³

ANCYL

Szczepionka lecznicza **przeciwtrądzikowa**. Leczenie trą-
dzików zwykłych i powikłanych.

Pudełko zawiera 6 amp. po 1 cm.³

APLEXIL

Szczepionka zapobiegawcza **przeciwko powikłaniom
płucnym grypy**. Szczepienia osób zdrowych w śro-
dowisku zakażonym. Leczenie chorych przed wystą-
pieniem powikłań płucnych.

Pudełko zawiera 2 amp. po 1 cm.³

Buljonowa szczepionka mieszana

Prof. DELBET'A.

PROPIDON

Wskazania: zakażenie ropne, stany zapalne, róża,
zapalenie szpiku kostnego i t. p.

Pudełko zawiera 3 amp. po 4 cm.³

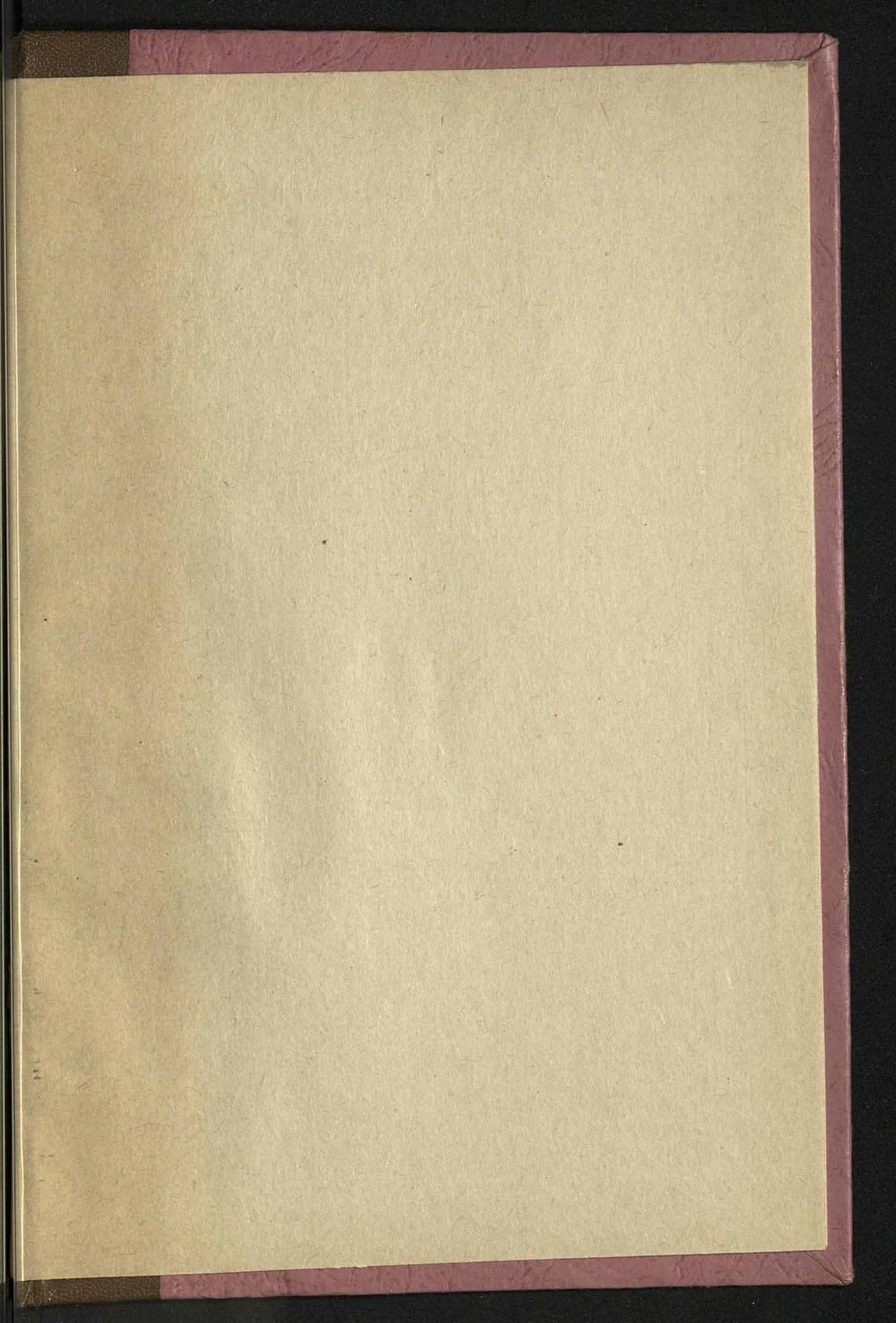
LITERATURĘ WYSYŁAMY NA ŻĄDANIE.

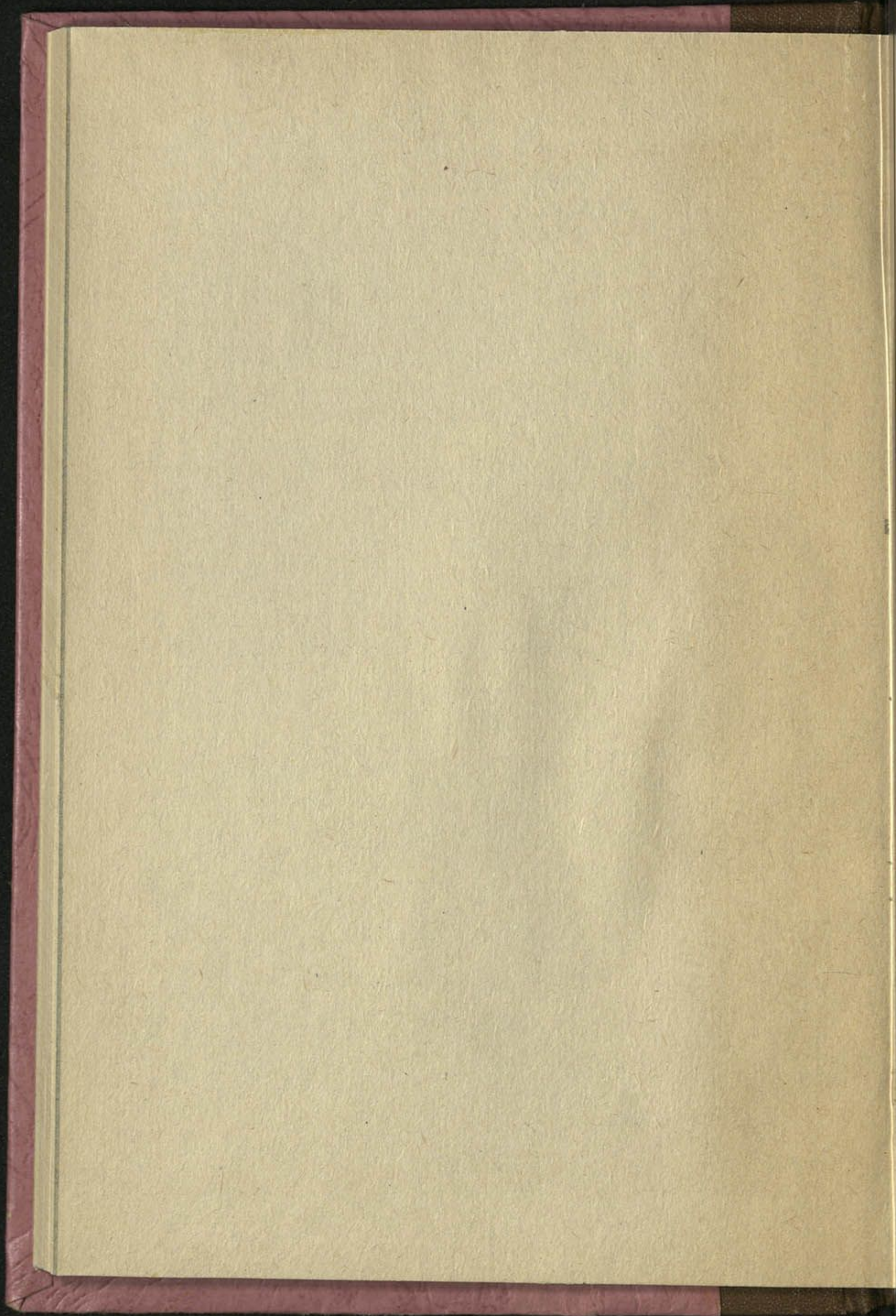
Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne

LUDWIK SPIESS i SYN

Sp. Akc.

WARSZAWA.





N

3u/1 900813
(050)



B0000000 1659 167